

# Gestión preventiva de las adicciones: Un paso más hacia la empresa saludable



**Equipo Técnico:****Autoría**

Dr. Cristóbal Molina Navarrete. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en la Universidad de Jaén.  
Dr. Juan José Fernández Domínguez. Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en la Universidad de León.  
Dra. Margarita Miñarro Yanini. Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en la Universidad Jaume I de Castellón.  
Dra. María Dolores Escarabajal Arrieta. Profesora Titular de Psicología de la Universidad de Jaén.  
Dr. Manuel García Jiménez. Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.  
Dr. Miguel Ángel Gimeno Navarro, Profesor Contratado Doctor de Psicología en la Universidad Jaume I de Castellón.  
Dra. Estefanía González Cobaleda. Profesora en el área de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Jaén.

**Colaboradores**

UNAD  
PATIM  
Servicios Médicos de las Empresas identificadas como objetivos de Estudio (entrevistas telemáticas).  
Personas Delegadas de PRL de dichas empresas (entrevistas online).

**Edición:**

Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales  
Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo  
Junta de Andalucía

**Primera Edición:**

Abril 2022

**Coordinación IAPRL:**

Luis Colmenero Ruiz

**Diseño y Maquetación:**

Quintágono S.L.

**Impresión:**

Blanca Impresores S.L.

**ISBN:**

978-84-09-40595-4

**Depósito legal:**

SE 778-2022

**“La salud es el estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad.”**

*(Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 22 de julio de 1946).*

**“Las organizaciones de éxito han comprendido la importancia de invertir en la promoción de la salud en el trabajo. Son conscientes de que unos trabajadores sanos y un lugar de trabajo saludable son las bases del éxito económico sostenible”**

*(Declaración de Barcelona acerca del desarrollo en Europa de buenas prácticas en salud en el trabajo, junio de 2002. Red europea de promoción de la salud en el trabajo –ENWH).*

**“Integrar la promoción de la salud (PST) a las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) beneficia tanto a los trabajadores como a los empleadores, al contribuir al bienestar a largo plazo... y al reducir la presión sobre los sistemas de salud, bienestar y seguridad social”**

*(OIT. Programa SOLVE, 2012).*

**“(...). La salud laboral y extra-laboral de las personas trabajadoras son vasos comunicantes entre los que existe una influencia directa y mutua en determinados aspectos. (...)”**

## ÍNDICE

<b>1. Introito: “Personas trabajadoras sanas en empresas saludables”</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Justificación, objetivos y metodología del estudio.</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Gestión proactiva de las adicciones en el trabajo y el paradigma de la empresa saludable: de los conceptos a la acción (empresarial y dialogada)</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1.</b> ¿Qué se entiende hoy por adicciones? ¿y por consumos abusivos? .....	17
<b>3.2.</b> De las respuestas asistenciales tradicionales a un nuevo paradigma proactivo de abordaje de las adicciones en la empresa. ....	22
<b>4. El renovado marco conceptual e institucional para el abordaje de las adicciones: de la evitación de daños a la mejora del bienestar</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1.</b> La interacción entre el entorno interno y externo: Del “daño a la salud laboral” a la “mejora de la calidad de vida (bienestar) en el trabajo” .....	27
<b>4.2.</b> La relación positiva entre la evaluación de riesgos y la promoción de la salud en el trabajo: evidencia científica. ....	30
<b>5. Factores laborales de riesgo y de protección en las adicciones: nuevas claves para enfoque de gestión proactiva en la empresa</b> .....	<b>32</b>
<b>5.1.</b> La ambivalencia del entorno laboral respecto de las adicciones: factor de riesgo versus factor de protección. ....	33
<b>5.2.</b> El entorno laboral como fuente de factores de riesgo para las adicciones: una selección a partir de la ECML.....	34
<b>5.3.</b> El entorno laboral, factor de protección frente al riesgo de adicciones: nuevos indicadores y perspectivas de gestión de empresa. Estudio de casos. ....	36
<b>6. El indicador del sector de actividad como factor de incidencia en el riesgo de adicciones</b> .....	<b>42</b>
<b>6.1.</b> Una aproximación cuantitativa al indicador sectorial según la ECML. ....	43
<b>6.2.</b> (Breve) aproximación cualitativa al indicador sectorial como factor de incidencia en los consumos problemáticos y/o adicciones según la ECML. ....	44
<b>7. Por un modelo de intervención proactiva: del mapeo convencional de los factores de riesgo/protección al Plan Integral</b> .....	<b>50</b>
<b>8. El tratamiento directo (específico) en la negociación colectiva estatal de las adicciones en el lugar de trabajo</b> .....	<b>53</b>
<b>8.1.</b> Planteamientos generales: motivos para un optimismo moderado y algunas paradojas.....	54
<b>8.2.</b> Alternativas moduladoras de la sanción: facilidades para la recuperación. ....	55
<b>8.3.</b> La detección precoz de las adicciones en la empresa: ¿vigilancia de la salud laboral o control eficaz?.....	58
<b>8.4.</b> Marco convencional para una política de favor por la gestión integral de las adicciones como riesgo. ....	61
<b>8.4.1.</b> Un nuevo marco de autorregulación convencional para un tendencial cambio de enfoque en la gestión de las adicciones en el trabajo. ....	61
<b>8.4.2.</b> Tipología de cláusulas de autorregulación y compromisos empresariales para concretar una forma más proactiva de abordaje de las adicciones en el trabajo.....	63
<b>8.5.</b> Inventario prácticas consolidadas de planes de ayuda a las personas empleadas drogodependientes. ....	66
<b>8.5.1.</b> Breve recorrido por el estado de situación de los programas pioneros de protección y asistencia a personas empleadas drogodependientes.....	66
<b>8.5.2.</b> La perspectiva de los Planes de Ayuda al Empleado. ....	68
<b>8.6.</b> Nueva dimensión del marco de acción preventiva convencional: las adicciones conductuales. ....	72

<b>9. Experiencias de la negociación colectiva de andalucía en materia de adicciones en los entornos de trabajo</b> .....	<b>74</b>
<b>9.1.</b> Tratamiento convencional de las adicciones en la población trabajadora: un análisis cuantitativo de la negociación colectiva en Andalucía.....	75
<b>9.1.1.</b> La constatación de una evolución positiva, aun ponderada por el dato del reducido peso global de los compromisos convencionales sobre adicciones.....	75
<b>9.1.2.</b> Apertura de la tipología de cláusulas convencionales sobre adicciones en la población trabajadora: el lento camino de convergencia con la ENA. ....	76
<b>9.1.3.</b> La empresa como unidad prevalente para la fijación de compromisos convencionales respecto de la gestión de adicciones.....	78
<b>9.2.</b> Análisis cualitativo de las cláusulas convencionales sobre las adicciones en el entorno laboral.....	78
<b>9.2.1.</b> La terminología convencional colectiva -fragmentaria y tradicional- delata el predominio de la atención a las drogodependencias .....	78
<b>9.2.2.</b> Enfoque disciplinario de las adicciones y consumos problemáticos: sigue primando, pero tiende a reducirse el rigor sancionador.....	79
<b>9.2.3.</b> Compromisos convencionales que crean “cláusulas puente” entre la lógica disciplinaria y la lógica de seguridad ocupacional .....	80
<b>9.2.4.</b> De la seguridad en el empleo de las personas trabajadoras víctimas de adicciones a la gestión integral como riesgo y daño psicosociales. ....	83
<b>9.2.5.</b> Detección de consumos problemáticos en la negociación colectiva: ¿vigilancia de la salud o fabricación de la prueba del despido? .....	85
<b>9.2.6.</b> ¿Cuál es el estado del arte convencional respecto de las adicciones sin sustancia?: asignatura pendiente y algunos “brotes verdes”. ....	89
<b>10. Experiencias empresariales de gestión de las adicciones en el trabajo desde un enfoque integral: estudio de casos en el ámbito andaluz</b> .....	<b>92</b>
<b>10.1.</b> La muestra con especial atención a empresas y entidades establecidas en Andalucía: criterios de selección.....	93
<b>10.2.</b> Estudio-síntesis de casos relevantes (experiencias de gestión con un enfoque tendencialmente integral de las adicciones en el trabajo).....	94
<b>11. Una vertiente “silenciada”: experiencias de “gestión asistencial informal” de las adicciones en el trabajo</b> .....	<b>121</b>
<b>11.1.</b> La dialéctica “invisibilidad” del problema de las adicciones en el trabajo versus “gestión informal” por la organización.....	122
<b>11.2.</b> Tensión entre la dimensión “formal” e “informal”: utilidades y limitaciones de la gestión informal (también para las adicciones).....	123
<b>11.3.</b> Aproximación metodológica: el desvelamiento de las prácticas informales de gestión de las adicciones a través de técnicas de investigación cualitativa.....	124
<b>11.4.</b> Estudios de casos: la gestión “informal” de adicciones en el lugar trabajo, fuera de convenio colectivo y protocolo.....	124
<b>12. Iniciando el camino de visibilidad: compromisos futuros para un protocolo proactivo. Estudio de casos.</b> .....	<b>128</b>
<b>13. Reflexión final: observaciones conclusivas y algunas recomendaciones de mejora</b> ..	<b>132</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>136</b>
<b>ANEXO I. Resumen-esquema de experiencias empresariales de gestión de las adicciones en el lugar del trabajo</b> .....	<b>140</b>

# 1. Introito: “Personas trabajadoras sanas en empresas saludables”.

Hace casi década y media (2006), el Convenio de la OIT 187, relativo a un “marco promocional de la seguridad y salud en el trabajo”, llamaba a una renovación significativa de la “política de prevención de riesgos laborales” (SST, en adelante), mediante el impulso de “políticas de promoción de la salud en el trabajo” (PST). Consecuentemente, abría un horizonte evolutivo hacia ambientes de trabajo no sólo “**seguros**” (esto es, libre de riesgos físicos tradicionales para evitar accidentes de trabajo) y “**sanos**” (esto es, libres de enfermedades, síndromes y patologías), sino también “**saludables**” (promotores de estados de bienestar integral, según el concepto amplio de salud de la OMS). Dos décadas antes, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la OMS definió:

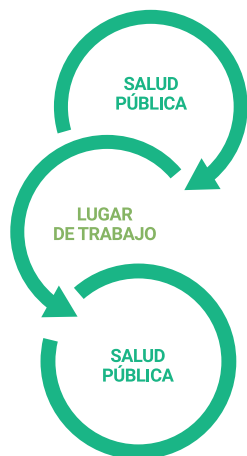
**“La promoción de la salud es el proceso de preparar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren.** Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe estar en condiciones de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. **Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los hábitos saludables de vida para llegar al bienestar.**”

Sin perjuicio de la recepción de este proceso de cambio en los marcos institucionales que se produjeron posteriormente en la materia, tanto en el ámbito comunitario como nacional (Estrategias de Seguridad y Salud en el Trabajo; Encuestas de Condiciones de Trabajo), creemos que, para Andalucía, el mejor reflejo de la plena comprensión del cambio derivado de aquella renovación, propiciada por la OIT, **está en la Estrategia Andaluza de Seguridad y Salud en el Trabajo (EASST) 2017-2022.** Como luego veremos con algún detalle más, la vigente EASST asume como uno de los principales retos o desafíos para la mejora de la seguridad y salud en el trabajo: la “**promoción de hábitos saludables**” de las personas trabajadoras en los entornos o ambientes de trabajo. Una propuesta que se fundamentaba sobre una comprensión global o integral de la salud no consideraba ni oportuno ni fácil diferenciar radicalmente la salud laboral de la salud pública (comunitaria o social, extralaboral) de las personas trabajadoras. Lejos de ser “compartimentos estancos” entre ellos son típicos “vasos comunicantes” entre los que “existe una influencia directa y mutua en determinados aspectos. (...)” (p. 86).

Esta interacción vendrá subrayada tanto por el Convenio 161 OIT (sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985) cuanto por la Recomendación Núm.197 de la OIT sobre un marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo (“El programa nacional de seguridad y salud en el trabajo debería coordinarse...con... aquellos relacionados con la salud pública”). La actual realidad, dominada por la dramática crisis sanitaria generada por la covid19, no ha hecho sino evidenciarlo, de modo que “salud pública” y “salud laboral” nunca han aparecido tan interrelacionados. Un claro ejemplo lo suministra el art. 7 del RDL 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la covid-19. Claras exigencias de salud pública se convierten, en él, en medidas obligatorias de prevención de riesgos laborales. La norma refleja -e intenta corregir, o evitar- una experiencia práctica (ej. parte de los rebrotes se derivan de los lugares de trabajo, luego se proyectan en ámbitos comunitarios; en contraste, otras veces los rebrotes proceden de los lugares de vida personal, familiar y social, de las personas trabajadoras que luego se comunican en los lugares de trabajo). En suma, se confirma algo más general, estructural, no coyuntural: una buena salud pública incide en una buena salud laboral, mientras que una mala salud pública impacta también en una mala salud laboral y viceversa (figura 1).



**Figura 1.** El impacto de la salud pública sobre los lugares de trabajo.



**FUENTE:** AA.VV. SOLVE. *Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo*, OIT, Ginebra, 2012, pág. 17.

En suma, institucionalmente está hoy aceptado, como un principio fundamental del sistema ordenador de la seguridad y salud en el trabajo, que la promoción de la salud en el lugar de trabajo es parte integrante de las políticas y prácticas de seguridad y salud en el trabajo<sup>2</sup>. Así lo viene defendiendo no solo la OIT, sino también la UE. Lo evidencia también el nacimiento, impulso y ya consolidación de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP, siglas en inglés).

La referida Red (ENWHP) cuenta con el auspicio de la Comisión Europea<sup>3</sup>. Respecto a su finalidad, si bien agrupa, para dotarla de seriedad institucional y rigor científico-técnico a los organismos públicos estatales en materia de seguridad, salud y ambiente de trabajo, esto es, el INSST para España, conviene poner de relieve

<sup>2</sup> Informe OIT. Salud y vida en el trabajo: un derecho humano fundamental, Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2009.

<sup>3</sup> Puede verse en la página web del INSST. <https://www.insst.es/declaracion-luxemburgo>. Ahí se hallarán, actualizadas, los listados de empresas y entidades españolas que se han adherido a esta red y se comprometen a seguir sus principios y métodos. De interés la NTP 639: La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad. Doctrinalmente vid. BALLESTER PASTOR, M.A. "La política de la OIT y de la Unión Europea sobre salud y riesgos psicosociales", Revista Internacional Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo, Vol. 1, n 4, 2016, pp. 18 y ss. También GUTIERREZ-SOLAR CALVO, Beatriz. "De la prevención de riesgos a la promoción de la salud en el trabajo: avances en la negociación colectiva", Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y seguridad social, n. 138, 2018, pp. 138 y ss.

que su éxito se establece en atención al número de empresas y entidades (públicas y privadas) que se adhieran a sus principios constitutivos y a su sistema de gestión de la promoción de la salud en el trabajo. En el año 1997, la Red -informal, pero muy influyente- ENWHP comprometió la **Declaración de Luxemburgo**, documento consenso que establece los principios básicos de actuación y el marco de referencia (certificable<sup>4</sup>) de una buena gestión de la salud de las personas trabajadoras en la empresa.

Sin embargo, ha mostrado una gran capacidad evolutiva. Paso a paso y al ritmo de nuestro tiempo, la ENWHP persigue como gran fin u objetivo promover **"Personas Trabajadoras<sup>5</sup> sanas en organizaciones saludables"**. Desde esta perspectiva evolutiva, dos hitos importantes en la consolidación y avance de esta perspectiva de gestión integrada de las políticas de seguridad y salud en el trabajo con las de promoción de la salud en el trabajo, serán:

**a) La Declaración de Barcelona acerca del desarrollo en Europa de buenas prácticas en salud en el trabajo (2002).**

El punto de partida de este compromiso es valorar una "buena prácticas en salud en el trabajo" como "requisito fundamental para alcanzar tanto el éxito social como económico", tanto en una comunidad (estatal o internacional) como en las diferentes "organizaciones" que la integran, incluidas las empresariales.

Llama la atención la intensa defensa que hace de la interacción entre salud pública y salud laboral. Para este compromiso, auspiciado por la Comisión Europea y refrendado por los institutos estatales científico-técnicos en materia de seguridad y salud laboral, **no habrá salud pública exitosa sin adecuadas prácticas de salud en el trabajo.**

El mundo del trabajo y la forma en que se organiza la vida laboral en las sociedades actualmente sería un factor social clave para el estado de salud individual, pero también para el de la organización en su conjunto. La cultura y los valores aplicados

<sup>4</sup> No es el único modelo de certificación de una política de promoción de la salud en el trabajo integrada en el sistema de gestión preventiva, pero sí es hoy el más influyente, incluso por encima del propio de la OMS y AENOR. Aunque, en última instancia, el de ENWHP tiene como principal referencia el de la OMS. Para los diversos modelos de certificación vid. AAVV. Guía para implantar un programa de salud en el trabajo en las organizaciones, INVASSAT-FUMIVALE, 2017 <https://umivale.es/dam/web-corporativa/Documentos-prevencion-y-salud/Promocion-de-la-salud/170927-Gua-protica-para-implantar-un-programa-de-promocion-de-la-salud-en-el-trabajo-en-las-organizaciones.pdf>

<sup>5</sup> Originalmente, el lema utiliza la expresión "trabajadores". No obstante, es evidente que, por un imperativo inexcusable de lenguaje inclusivo por razón de género, el término correcto hoy sería del de "personas trabajadoras sanas".

en el lugar de trabajo resultarán, pues, determinantes también de la salubridad de los entornos y de las personas trabajadoras. Así, junto al aumento de los trastornos psicosociales, considera expresamente que consumos problemáticos de sustancias, como el tabaco y el alcohol:

"fuertemente arraigados en nuestra vida laboral diaria... solo se pueden abordar [de forma exitosa, habría que añadir] a través de lugares de trabajo que promocionen la salud y que hayan incorporado las correspondientes políticas y valores. La salud en el trabajo no se reduce al espacio comprendido entre las paredes de la fábrica. El lugar de trabajo también ejerce un importante impacto sobre la salud de las familias y las comunidades"

**b) La Declaración de Edimburgo sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el trabajo (2011)**<sup>6</sup>. Una vez más, partiendo, tanto de que "no hay salud sin salud mental, y el trabajo es un determinante clave para ambas" cuanto de los elevados costes de una salud/bienestar mental pobre<sup>7</sup> para el empresario como para la sociedad, la ENWHP promueve enfoques prácticos para la mejora de la salud mental en el trabajo.

Estos enfoques, que necesitan de su inclusión en el modelo global de PST, incluirían, entre otros aspectos:

<sup>6</sup> Como reconoce el propio documento de compromiso, la OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». Esta definición es coherente con el concepto de «trabajo decente» desarrollado por la OIT en lo relativo a la salud mental en el lugar de trabajo. De ahí el protagonismo que la cuestión de la salud mental en el trabajo ha ido adquiriendo en los Estudios, informes y políticas promovidas por la OIT, como expresó su Director General el Día Mundial de la Salud Mental (concretamente el 10 de octubre de 2017). [https://www.ilo.org/gb/GBSessions/previous-sessions/GB331/ins/WCMS\\_581079/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/gb/GBSessions/previous-sessions/GB331/ins/WCMS_581079/lang-es/index.htm)

Atención que debe enmarcarse en el impulso que recibió esta cuestión del **Pacto Europeo para la salud mental y el bienestar**, firmado en 2008. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/mhpact\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf)

<sup>7</sup> Para este enfoque de costes y de los elevados retornos de las políticas de bienestar en el trabajo vid. LIGHT, E. et alii. Economic Analysis of the Return-Investment of a Worksites Wellness Program for a Large Multistate Retail Grocery Organization. J Occup Environ Med. 2015 Aug;57(8):882-92. También vid. VIDAL GARRIDO. "Rentabilidad de la promoción de la salud en el trabajo", 23 de mayo de 2016 <https://www.humanas.es/rentabilidad-promocion-salud-en-el-trabajo/>

- "Animar a los empresarios a crear entornos de trabajo... estimulantes, así como una organización que de apoyo a sus empleados" (personas empleadas).

- "Apoyar, retener y contratar a trabajadores (personas trabajadoras) con trastornos mentales"<sup>8</sup>.

Justamente, como luego se recordará, si bien brevemente, en las ciencias de la salud, así como en la normativa de salud pública -también de seguridad social-, hemos podido ver una paralela evolución: **"...si inicialmente, el concepto que subyacía, mayoritariamente, al consumo adictivo de drogas se construía sobre la imagen de una conducta socialmente reprobable (todavía refleja el art. 54 ET), hace tiempo que está consolidada su visión como una enfermedad mental"**. La primera concepción provoca intervenciones de tipo reactivo (de control disciplinario: laboral, social), obstaculizado el uso de los servicios de salud en el trabajo. En cambio, visualizarlo como enfermedad mental requiere de acciones proactivas para evitarla (prevenirla) o, en su caso, protectoras, para corregir sus efectos y normalizar, médica, social y laboralmente a la persona afectada **por el problema de salud psicosocial o mental referido**<sup>9</sup>.

Situadas en esta perspectiva, la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024, ENA), ahora, y casi una década antes la Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016), zanjaron institucionalmente la cuestión. Este marco de planificación institucional pone el acento el acento en la visión de las adicciones como un grave problema de salud pública y su reducción como un reto inexorable para una "sociedad más saludable y segura". En ambos marcos se pone el acento, para esta política de promoción de sociedades y entornos más saludables desde el punto de vista de los consumos de sustancias -y de otro tipo de adicciones,

<sup>8</sup> <https://www.insst.es/documents/94886/581928/Declaracion+Edimburgo.pdf/63ec52f8-91a3-40f0-8000-46c1e4ef7295> Precisamente, la denominada Séptima Iniciativa de la ENWHP, 2007-2009, se dedicó a la "Move Europe - Hábitos saludables en el entorno laboral", mientras que la Octava Iniciativa de Salud en el Trabajo, 2009-2010, se orientó hacia "Trabajar en sintonía con la vida - Salud mental". Vid. Informe de la 9ª: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/enwhp\\_recommendation\\_paper\\_spanish.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/enwhp_recommendation_paper_spanish.pdf)

<sup>9</sup> La cuestión, que ya contaba con una cierta consolidación científica e institucional, se ha reabierto con relación a las denominadas "nuevas adicciones", las adicciones conductuales. Vid. Caro MMM. Adicciones tecnológicas: ¿Enfermedad o conducta adaptativa?, Medisur. 2017;15(2):251-260. Solo, entre las adicciones conductuales, la ludopatía se reconoce como un trastorno mental por la Asociación de Psiquiatría Americana desde 1980 (DSM-5; APA, 2013) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo recoge en su clasificación Internacional de Enfermedades en el año 1992.

como las conductuales-, en la “prevención ambiental”. Aunque el entorno más apelado es el socioeducativo, **también el laboral se reclama**, llamando a un **enfoque de buenas prácticas de salud en el trabajo y gestión participada**.

Situados en el marco institucional de planificación estratégica de la promoción de la salud, pero volviendo ahora al específico de la seguridad y salud en el trabajo, apuntamos más arriba que, al igual que la EASST no ha sido ajena a esta gran evolución, tampoco lo ha sido la **Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente (2014-2020)**, ni la **Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2014-2020)**. En el primer caso, la evolución es manifiesta desde el momento y hora en que se habla no ya de la protección de la salud de las personas trabajadoras, sino de la “buena salud laboral” y, en consecuencia, se apela a una concepción positiva de esa política, pues:

“...tiene un efecto positivo directo y mensurable en la productividad y contribuye a mejorar la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social. Evitar que los trabajadores (personas trabajadoras) sufran accidentes... o padezcan enfermedades profesionales y **procurar que disfruten de buena salud a lo largo de toda su vida laboral**, desde el primer empleo, es clave para que puedan trabajar más tiempo”<sup>10</sup>

Por su parte, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo asume como un objetivo fundamental para la innovación en las políticas de seguridad y salud en el trabajo, desde una perspectiva de mejora cultural, la “promoción de la salud en el trabajo”. Por tal entiende el conjunto de medidas dirigidas a fomentar:

**“la cultura de la salud potenciando hábitos saludables en el entorno laboral”<sup>11</sup>**

Se comprende, así, que este escenario evolutivo, científico-conceptual e institucional, que refleja un importante consenso internacional, sean cada vez más las empresas en España que asumen, con distintos ritmos e intensidades, y modelos, la promoción de la salud en el trabajo en general y, dentro de ella, formas proactivas de gestión de la cuestión de las adicciones en el

trabajo. Cierto, hasta hace poco tiempo, las empresas españolas se mostraban reacias a la promoción de la salud en el trabajo, al menos respecto de la media de países desarrollados. Ahora bien, no menos cierto es que, **confirma al modelo de la OIT, la cultura empresarial -y convencional- españolas tienden a integrar los temas de salud en el área de la prevención de riesgos laborales**, y son estas áreas las que más han avanzado, tratando de ampliar los horizontes y avanzar sobre el marco legal<sup>12</sup>.

Sin perjuicio de mayores análisis y referencias a lo largo del Estudio que aquí se presenta, pongamos dos ejemplos significativos de la referida creciente adhesión de las empresas españolas (cierto que, en especial, de las de mayores dimensiones, pese a que la Red ENWHP se abre a las PYMES, a través de una iniciativa específica a tal fin) a los compromisos de políticas de promoción de la salud en el trabajo y su integración en el marco de los sistemas de seguridad y salud en el trabajo. En unos casos esta adhesión se produce en el marco de la **“Responsabilidad Social Corporativa”**, sin un reflejo expreso en la negociación colectiva<sup>13</sup>. En otros, en cambio, sí se refleja tal decisión empresarial en la negociación colectiva, abriéndose en ambos casos, como se estudiará con detalle, a una gestión proactiva de las adicciones en el trabajo.

Así, **el Grupo NAVANTIA**, con una gran incidencia en Andalucía, a través de sus importantes centros en la Bahía de Cádiz, se ha adherido recientemente a la Red ENWHP. Este compromiso -ya certificado- implica una renovación profunda de toda su normativa interna en la materia (Reglamento de Seguridad, Salud Laboral y Ambiente), con inclusión de una política específica de prevención de riesgos psicosociales (proteger el entorno psicosocial es clave, como se ha visto, para la estrategia de promoción de la salud en

<sup>12</sup> Vid. IRCO-IESE Business Schol. Productividad y empresas saludables, Observatorio Gofit, 2017, p. 41.

<sup>13</sup> Por poner algún ejemplo, de una opción que es bastante mayoritaria, piénsese en el Grupo MAHOU-SAN MIGUEL. En su política de promoción de la salud en el trabajo, uno de los hitos fue la creación de la Escuela de Espalda (2001), que ha ido aumentando las actividades. La creación de la Escuela obedeció en su momento, entre otras razones, a la elevada tasa de lesiones y enfermedades musculoesqueléticas diagnosticadas en su fábrica de Alovera (Gadajara). Se trata, pues, de un riesgo laboral. Sin embargo, en su Convenio, ninguna referencia se hace a la acción. Como tampoco a la de prevención del tabaquismo y deshabituación, pese a contar con programas específicos personalizados (“A tu salud”). Ni las adicciones, que atiende en su convenio colectivo conforme a la tradicional perspectiva disciplinaria, también con relación a la privación del carné de conducir. Vid. IRCO. Productividad y empresas saludables. Ob. Cit. <https://media.iese.edu/research/pdfs/ESTUDIO-290.pdf>. Diferente sería el caso, en cambio, del Grupo Iberdrola. Referente de buena práctica en materia de promoción de la salud en el trabajo, ha desarrollado ampliamente en su Convenio Colectivo buena parte de estas políticas, incluida la asistencia sanitaria en casos de dependencias y a cargo de la empresa (art. 64 VII CC Iberdrola Grupo y su apéndice).

el trabajo desde una perspectiva integrada con la de prevención de riesgos)<sup>14</sup>. Pero también tiene un marcado reflejo en el enfoque de gestión de las adicciones en la empresa, pues, conforme a la previsión convencional, el enfoque disciplinario tradicional debe ceder cuando se trata de una dependencia diagnosticada como enfermedad con lo que se abre a un tratamiento asistencial (aunque el convenio no lo especifica).

En efecto, carácter general la embriaguez o la toxicomanía habituales son consideradas como una infracción muy grave, la constatación de patologías cambiaría la óptica de gestión:

“La embriaguez habitual durante el trabajo o el consumo o introducción en los Centros de Trabajo/Factorías de drogas...y la permanencia en el mismo en estado de intoxicación producido por dichas sustancias. No se incluirá en este apartado la patología de alcoholismo [entendemos que, en virtud del principio de no discriminación, lo mismo hay que valorar respecto de la toxicomanía] diagnosticada por la Seguridad Social” (art. 56. 3 h) I CC Intercentros de Navantia, S.A., SME).

Por su parte, **ACERINOX EUROPA** (integrante del Grupo Acerinox), empresa de gran impacto también en Andalucía (de nuevo principalmente en Cádiz), ha recogido en su nuevo convenio colectivo que:

**“Con motivo de la adhesión de la empresa a la Declaración de Luxemburgo y en el marco de los programas de estilos de vida y trabajo saludable que está poniendo en marcha la Empresa, se garantizará a los trabajadores la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (...)”** (Disposición Adicional 5ª CC Acerinox Europa, BOPC 13 de marzo de 2019).

Justamente en atención a este compromiso empresarial certificado por la ENWHP-yconvencionalmente institucionalizado-, se introducirá como novedad, en una política de vigilancia de la salud en el trabajo sometida “a los protocolos específicos”, que:

**“La empresa llevará a cabo exámenes de salud preventivos, con especial control de vista, alcoholemia, audición, drogas, etc. (...).”**

<sup>14</sup> El horizonte de cambio fue expresado por la presidenta de Navantia: la apuesta por el modelo -certificado- de empresa saludable obedecería al compromiso de liderazgo empresarial, con la participación activa de las personas trabajadoras de la plantilla y sus representaciones, en la dirección de mejora continua de la “seguridad, salud y bienestar de todos los trabajadores, tanto de plantilla propia como de las empresas colaboradoras, y lo consideramos como un elemento de importancia estratégica desde el inicio de la planificación y desarrollo de todas sus actividades, persiguiendo el objetivo de CERO ACCIDENTES”. <https://www.navantia.es/es/actualidad/notas-prensa/navantia-celebra-su-iv-jornada-de-prevencion-de-riesgos-laborales/>

Aunque la norma convencional prevé que se realizarán discrecionalmente tales pruebas, queda claro que ni son disciplinarios, sino preventivos, y además, se someterán a la planificación establecida en el **“protocolo de gestión”** de adicciones en el trabajo que la empresa asumió hace años. En definitiva, como veremos en su momento con más detalle -en este y en otros varios casos, seleccionados como “buenas prácticas de gestión proactiva y asistencial, no disciplinaria” de las adicciones en el trabajo-, aunque todavía no de forma mayoritaria, las empresas españolas son gradualmente más conscientes tanto de los beneficios, en términos de mejora de la salud, pero también de la productividad, derivados de un modelo de gestión empresarial basado en la empresa saludable, cuanto de la conveniencia de incluir en esa política una intervención más proactiva respecto de las adicciones en el trabajo.



<sup>10</sup> Vid. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones relativa a un marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020, Bruselas, 6.6.2014, COM (2014) 332, final, p. 2.

<sup>11</sup> Se reitera en el Plan de Acción 2015-2020, p. 13. Prevé algunas de las líneas de acción previstas para concretar la nueva dimensión. Vid. <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20201>

## 2. Justificación, objetivos y metodología del estudio.

Desde 2012, viene aumentando la población de personas que realizan consumos de riesgo (nocivos por excesivos) y/o problemáticos, en especial de alcohol y cannabis, pero también de psicofármacos (hipnosedantes), en este caso particularmente las mujeres (un claro enfoque de género), habiéndose reducido, ciertamente, el de tabaco, a partir de la prohibición legal (2005)<sup>15</sup>. Sabido es que los **consumos problemáticos** (esto es, de riesgo o nocivos tanto para la salud como para el buen orden laboral, pues generan conflictos o desequilibrios, sin que lleven a la dependencia en sentido estricto) y/o **adictivos** (cuando son tan habituales que genera un estado de dependencia, descontrolando todas las capacidades de la persona para su normalización y la evitación de conflictos derivados de ese desequilibrio, que tiende a hacerse estructural si no se corrige) de sustancias **son un fenómeno complejo, que tiene múltiples causas**, de diversa naturaleza (multifactorial). Pero **hay igualmente evidencia científica sobre la influencia**, aun ambivalente, como “factor de riesgo” y como “factor de protección”, **de los entornos de trabajo** en aquellas (conductas de riesgo y/o adictivas)<sup>16</sup>.

Este problema de salud pública, pues, inicia, se agrava, o, al contrario, se puede corregir, a través de factores laborales, de ahí la importancia de la intervención en el lugar de trabajo. Conforme a la evaluación de la pasada END 2009-2016, la prevención ha tenido una orientación más centrada en las personas (enfoque clínico). Por eso, **la ENA promueve equilibrar el tratamiento con**

**un enfoque más ambiental** (ecológico), dirigido a **reducir los factores de riesgo y promover los de protección en los entornos**. Entre esos entornos a atender de forma preferente están los lugares de trabajo, no solo desde **el enfoque más clásico de “prevención del factor de riesgo”** añadido que implicaría una prestación de servicios bajo el consumo de sustancias, a favor de la seguridad de las personas trabajadoras y de la productividad empresarial (evitando el absentismo, p. ej.<sup>17</sup>, sino **también como un importante imperativo de promoción de entornos saludables**. No por casualidad **la Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral** en España (ECML), herramienta novedosa a nivel nacional e internacional, **se ha demostrado útil para comprender -incluso estimando su magnitud numérica percibida- las interacciones entre el consumo problemático o nocivo (por lo tanto de riesgo adictivo) de estas sustancias y ciertas características laborales** (situación de empleo, sector de actividad, categoría profesional, jornada de trabajo y riesgos laborales, en particular los de naturaleza psicosocial)<sup>18</sup>.

La ECML tiene la ventaja de corroborar, poniéndole cifras (basadas en percepciones de las personas trabajadoras encuestadas), para nuestro país, algunas de las evidencias que la OIT había venido exhibiendo respecto del mundo del trabajo en general. El abuso de sustancias se da prácticamente en todos los sectores de actividad económica y entre todo tipo de personas, pero los estudios disponibles mostraban que tiene una incidencia particular tanto los factores de edad y género, de un lado, como el indicador sectorial, de forma que las personas trabajadoras de ciertos sectores u ocupaciones tienen una mayor probabilidad de estar asociados con abuso de sustancias en el lugar de trabajo.

<sup>15</sup> Así lo acredita la Encuesta sobre Consumo de Sustancias en el ámbito laboral (2013-2014). Se realiza cada 7 años, desde 2007, en población laboral residente en España de 16 a 64 años. Se lleva a cabo en coordinación con la “Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el Ámbito Laboral”. Se han realizado dos hasta ahora, y está en realización la tercera. Se incluye en la macroencuesta más general sobre consumo de drogas, EDADES, a cargo del Observatorio sobre Droga y Toxicomanías. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_LABORAL.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_LABORAL.htm)

<sup>16</sup> Vid. OIT. Solve: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en los lugares de trabajo, 2012, p. 85. Sigue las pautas del estudio realizado al efecto décadas antes. OIT. Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Ginebra, 2003. De este modo, se desborda el enfoque médico clásico. Vid. OTERO, C. “Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo”. Rev. Medicina Seguridad Trabajo vol. 57, supl. 1, Madrid 2011. Este enfoque integrador está presente en las numerosas Guías disponibles. Así, por ejemplo, SALVADOR, T. et. Alíi. Programa Mano a Mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Logroño: Plan Riojano o de drogodependencias y otras Adicciones, 2003. Gobierno de La Rioja. MARTIN, M.J. et alíi. Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa, 2014. Más reciente OSALAN, Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas? 2018. <https://www.osalan.euskadi.eus/libro/guia-para-el-personal-delegado-de-prevencion-que-podemos-hacer-con-las-adicciones-en-las-empresas/es/s94-contpub/es/>

<sup>17</sup> La OIT ha proporcionado una amplia evidencia científica en torno al impacto de los consumos abusivos en la accidentalidad laboral. Así, informa de un estudio de La Cámara Australiana de Comercio que calcula que hasta 25 por ciento de los accidentes en el trabajo involucran a personas intoxicadas que se lesionan a sí mismas y a otras personas, compañeros o clientes de las empresas. OIT. Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Ginebra, 2003.

<sup>18</sup> Ampliamente AAVV. (Molina Navarrete, C.-Miñarro Yanini, M.-Escarbajal Arrieta, M.D., Gimeno Navarro, M.A. y González Coboleda, E. Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales relacionados con las adicciones: prevalencias de consumo y acciones preventivas en el entorno laboral. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, 2016. De interés también Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Manual para la prevención de drogas y adicciones en el ámbito laboral, 2006. [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalajda/1337164996804\\_MANUAL\\_PREVENCION\\_LABORAL\\_I.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalajda/1337164996804_MANUAL_PREVENCION_LABORAL_I.pdf)

De este modo, en tales estudios se evidenciaba que, si bien, ningún sector económico estaba libre de tales abusos, las tasas de usos o consumos problemáticos (nocivos o de riesgo) son más altas entre las personas trabajadoras que desarrollan su actividad en:

- empleos con factores elevados de riesgo psicosocial.
- situaciones de control difuso (conductores de larga distancia, vendedores itinerantes, "personas trabajadoras nómadas", etc.).
- en condiciones extremas (factores ambientales penosos, peligrosos, tóxicos, etc.).
- con jornadas muy prolongadas, trabajos a turnos, más nocturnos, etc.

Justamente, en estos estudios se alertaba sobre uno de los errores más frecuentes que se cometerían en el abordaje de esta cuestión. A menudo, en especial cuando se sigue un enfoque estrictamente asistencial (desde luego cuando se permanece anclado en la lógica solo disciplinaria, pues el art. 54 ET habla de la "embriaguez habitual" o la "toxicomanía" en el trabajo -entre el 25 y el 40% de sanciones disciplinarias se relacionan con el consumo de droga<sup>19</sup>-) se piensa que son las personas drogodependientes (alcohólicas, toxicómanas) las que protagonizan la mayoría de los problemas relacionados con estas sustancias en los lugares de trabajo. Sin embargo, la evidencia estadística permitiría constatar que son las personas consumidoras ocasionales las que más incidentes -e incluso accidentes- causan en el entorno laboral (demoras o retrasos en la incorporación al trabajo, pérdida de calidad en la prestación efectuada, absentismo, etc.) respecto de las personas trabajadoras adictas o dependientes<sup>20</sup>.

Existe, pues, no sólo una amplia evidencia científica sobre los altos costes (humanos, laborales, familiares, sociales) asociados

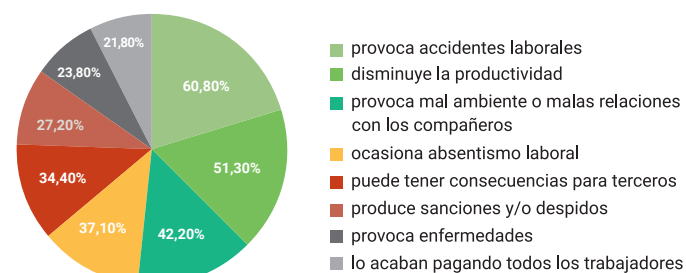
al abuso de sustancias en las empresas, sino una significativa concienciación sobre la necesidad de avanzar en su prevención.

A modo de síntesis, estos costes se vinculan a: de Costo laboral del consumo de alcohol y drogas:

- pérdidas humanas, materiales y en tiempo ocasionadas por accidentes.
- incremento de las primas por compensación por riesgos del trabajo.
- una reducción del ritmo de desempeño y una mala calidad del trabajo debido a la intoxicación o la resaca (retrasos).
- un aumento de ausencias por enfermedad.
- mayor rotación de empleados y aumento de los costos por formación a los nuevos.

Como evidencia la citada ECML, **se constata que más del 50 por cien de las personas trabajadoras, está concienciada de la importancia y gravedad de estos problemas** relacionados con el consumo de drogas en las empresas. no ya solo la dirección de empresa **Por supuesto, en modo alguno es falta de interés por la cuestión.** El siguiente gráfico expresa los principales motivos por los que inquieta el problema, confirmándose la visión más extendida apenas expuesta (el consumo problemático de drogas como factor de riesgo laboral, esto es, de inseguridad laboral, para sí y para otras personas -compañeras de trabajo, con la producción de accidentes de trabajo, o personas clientes, con daños humanos y también daños económicos-).

**Gráfico 1. Razones para considerar el consumo de alcohol y otras drogas como un problema importante, 2013-2014.**



**Fuente:** MOLINA NAVARRETE, C.; et. alt.: Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales relacionados con las adicciones: Prevalencias de consumo y acciones preventivas en el entorno laboral, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2016, pág. 28.

<sup>19</sup> Vid. BATIDA BASTÚS, N. "Problemas laborales asociados al consumo de alcohol", Adicciones, Vol. 14, Suplemento 1, 2002. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/526> Pioneros al respecto en nuestro país. EDIS-FAD. La incidencia de las drogas en el mundo laboral. FAD, Madrid, 1996.

<sup>20</sup> Un Estudio difundido por la OIT sobre el uso del alcohol en personal corporativo de la Escuela de Harvard para la Salud Pública y la Fundación Robert Wood Johnson desvelaron que la mayoría de los problemas de desempeño laboral relacionados con el alcohol (60%) están asociados con bebedores no dependientes: los consumidores que ocasionalmente beben en exceso - calculados en 80 por ciento de todos los que beben- (Instituto Nacional sobre Abuso del Alcohol, Fundación Robert Wood Johnson, 1998) OIT. Alcohol and drug problems at work: The shift to prevention, Ginebra, 2003. En un plano más doctrinal ROMAN, P.M.-BLUM, T.C. "The Workplace and Alcohol Problem Prevention". En Alcohol Research and Health, vol. 26, n.1, 2002 (Bethesda, Maryland). CABRERO, E. LUNA, A. "Alcohol y drogas en las empresas de la Unión Europea". Revista ADICCIONES, vol. 13, n. 3, 2001, pp. 247-251 <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/560>

Sin embargo, paradójica, incluso contradictoriamente, de constatan dos deficiencias muy importantes en orden al desarrollo real de políticas de prevención en estos ámbitos. **De un lado, la ECML evidencia una reducción del número de personas trabajadoras que reconocen haber recibido información sobre los problemas de los abusos de sustancias** (déficit de prevención primaria). De otro, las autoridades públicas reconocen, en el ámbito estatal y autonómico, **que el entorno de intervención proactiva frente a las adicciones menos desarrollado sigue siendo** -junto al familiar- el laboral, apareciendo como asignatura recurrentemente pendiente -los más desarrollados son el educativo y el social<sup>21</sup>.

Cierto, como veremos con detalle al analizar la negociación colectiva, existe una cierta práctica de concertación y diálogo sociales en esta materia, tanto en el plano estatal como en el andaluz. Desde 1991, se desarrollaron iniciativas colaborativas que, por lo que hace a nuestra Comunidad, cuajaron en 1994, con un Protocolo de Colaboración tripartita (Junta de Andalucía, CEA, UGT, CCOO). Ahora bien, ese protocolo, a través de los sucesivos PASDA (Planes de Acción Sobre Drogas y Adicciones), incluido el III (2016-2021), se han focalizado básicamente en la elaboración de materiales divulgativos e informativos-formativos sobre drogodependencias y adicciones aplicados a las empresas de nuestra Comunidad Autónoma. Fruto de ello fue el desarrollo de más de una campaña sindical a fin de fomentar esta cultura de gestión proactiva, promoviendo el que se firmase protocolos o planes de gestión preventiva en materia.

Al respecto, al igual que el marco institucional estatal y que todos los marcos legales autonómicos -tanto las más antiguas, como las más modernas-, también el marco legal andaluz (Ley 4/1997, de 19 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas en Andalucía) reconoce como ámbito prioritario de promoción del enfoque preventivo el de las empresas.

Así, su artículo 11, apartado 1 señala que:

"Se impulsarán actuaciones preventivas, dirigidas a colaborar en la mejora de la calidad de vida y superación de las condiciones familiares, sociales y laborales que puedan incidir o asociarse con el consumo de drogas".

A tal fin, el artículo 12<sup>22</sup> se compromete a promover determinadas acciones, a fin de corregir el tratamiento disciplinario tradicional, siempre con la implicación sindical (en especial a través de acuerdos específicos a tal fin, o incluidos en la negociación colectiva). La realidad, sin embargo, se ha conducido por otros derroteros, salvo excepciones. Sin adelantar aspectos que serán profundamente analizados en este Estudio, desvelando algunas de las principales conclusiones, se constatan todavía notorias resistencias por parte de un buen número de empresas no ya a intervenir preventivamente, sino incluso a difundir públicamente que actúan en este ámbito, cuando sí lo hacen.

<sup>22</sup> En el ámbito del empleo público de la Junta de Andalucía, su apartado 2 sí establece un compromiso directo, si bien remite a posteriores desarrollos reglamentarios: "La Administración de la Junta de Andalucía, en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento. Reglamentariamente se establecerán las condiciones y requisitos que tienen que cumplirse para poder efectiva esta reserva de puesto de trabajo". (Art.12.2)

<sup>21</sup> Así se reconoce de forma expresa en el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021) [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/11/III%20PAS-DA\\_2016\\_WEB.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/11/III%20PAS-DA_2016_WEB.pdf) Para conocer los diferentes programas, planes, manuales, protocolos y documentos al respecto de la Junta: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticasocialesyconciliacion/areas/drogodependencia/paginas/documentos.html> Una crítica por sus deficiencias en SÁNCHEZ PARDO, L. Evaluación de la efectividad de los programas de atención a drogodependientes en la empresa. Madrid: Fundación Mapfre, 1994. Más amplia y recientemente, sobre la importancia de la evaluación de los programas preventivos en materia de adicciones vid. SÁNCHEZ PARDO, L. *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias*, SERGAS, 2009. [https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc\\_Tco\\_INSTRUMENTOS\\_EVALUACION\\_PREV.pdf](https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc_Tco_INSTRUMENTOS_EVALUACION_PREV.pdf)





Consecuentemente, el evidenciado crecimiento del interés por el paradigma de las empresas saludables y las políticas de promoción de la salud en el trabajo contrastaría, en cambio, con la lenta progresión del abordaje proactivo de las adicciones en los lugares de trabajo, pese a ser este ámbito una parte relevante de aquellas políticas. Por lo tanto, es hoy especialmente relevante relanzar este tema, actualizando en el mundo del trabajo cotidiano el marco institucional de favor a tal fin. La ENA, en el marco de las Estrategias de Seguridad y Salud en el Trabajo, requiere avanzar, de forma efectiva, en una cultura preventiva de riesgos laborales y de promoción de la salud en el trabajo más integral, que incorpore de forma más normalizada la gestión proactiva de las adicciones en el trabajo. Al respecto contamos con dos instrumentos especialmente significativos:

**1)** La referida ECML proporciona una información muy útil, a las empresas y a los sujetos negociadores, para diseñar, planificar y evaluar, sobre la base de un nuevo y más preciso conocimiento, políticas de seguridad y salud en el trabajo en relación con los consumos de drogas. **De este modo, este instrumento puede ser muy útil para mejorar la salud de la población trabajadora (ECML, p. 49).**

**2)** Reforzar el método, impulsado por la Red ENWHP, de las **“buenas prácticas en gestión proactiva de las adicciones”** en las empresas como parte fundamental de una política de promoción de la salud en el trabajo. Pretendemos seguir aquí una metodología típica del **benchmarking** (proceso continuo por el cual se toma como referencia los procesos de trabajo de las empresas más referenciales en una tema o en una cuestión -aquí la gestión proactiva de las adicciones-, para comprenderlos y evaluarlos a fin de facilitar sus mejoras e implementarlas en otras empresas, del mismo sector -idea reflejada, como veremos, por Renfe o Telefónica- o diferente).

Desde la primera perspectiva, pretendemos, como objetivos más específicos:

**a) Identificar y analizar los factores de riesgo, también de protección, relacionados con el entorno laboral y su estimación en atención a la ECML** (mapa de factores de riesgo-protección relacionados con la empresa respecto de las adicciones). El factor sectorial y el factor de género serán especialmente relevantes.



**b) Seleccionar y ordenar un catálogo de medidas e instrumentos adecuados para facilitar la gestión proactiva de aquellos factores del entorno laboral asociados a las adicciones** (no solo con sustancia o químicas, también conductuales o sin sustancia -ludopatías, adicciones tecnológicas-).

Desde la segunda perspectiva, y aquí principal, las buenas (o mejores) prácticas en **(benchmarking)** gestión proactiva de las adicciones en el trabajo como problema de salud, no solo individual sino colectiva, nuestros objetivos son:

**a)** Búsqueda, selección y análisis detenido de **las mejores prácticas de regulación de las adicciones en el trabajo en la autonomía colectiva más formalizada e institucional**, la negociación colectiva. Y ello en el ámbito estatal y en el autonómico andaluz. Como veremos, la muestra convencional superará los 1000 convenios colectivos.

En este caso, la metodología de investigación a seguir será la revisión de las bases de datos disponibles (con especial referencia a las del CARL y al REGCON), así como, de las principales obras de la “literatura” disponible sobre la materia, algo escasa y, sin duda poco actualizada, en esta materia. Por tanto, claramente analítica. Se tratará, pues, de una indagación sobre fuentes eminentemente primarias (acceso directo al actuar colectivo y publicado). A ello hay que añadir el intercambio de información mediante encuentros -la mayoría telemáticos, a causa de la pandemia- con diversos grupos de investigación, así como entidades profesionales y asociativas con experiencia en esta materia, que acreditan una reconocida trayectoria sobre el objeto de estudio.

**b) Búsqueda, catalogación y análisis de buenas prácticas de gestión proactiva de las adicciones en las empresas**, a fin de establecer un “mapa de mejores prácticas” en las empresas **de nuestra Comunidad**. Y ello sin perjuicio de dar cuenta de aquellas experiencias pioneras y más consolidadas en el ámbito estatal.

En este caso, junto a la metodología de investigación analítica, **añadiremos técnicas de investigación social cualitativa**. Aquí, seleccionadas las principales experiencias disponibles **(inicialmente más de 150 empresas y entidades)**, a través de los contactos institucionales, sindicales y empresariales, se ha procedido a un amplio número de **Entrevistas estructuradas con informantes clave** -dirección de empresa, servicios médicos, personas delegadas de prevención-, también por vía telemática, por la pandemia.

### 3. Gestión proactiva de las adicciones en el trabajo y el paradigma de la empresa saludable: de los conceptos a la acción (empresarial y dialogada).

#### 3.1. ¿Qué se entiende hoy por adicciones? ¿Y por consumos abusivos?

La OIT y la Unión Europea llevan décadas impulsando, de forma institucional y sistemática, aunque a través de instrumentos no vinculantes, sino de tipo promocional o de fomento, como sucede con la ENA en España, una política de seguridad y salud en el trabajo a la que no resulte ajena la cuestión de los consumos problemáticos de drogas ni las adicciones. A tal fin, concibe las empresas como entornos saludables en su acepción integral, animando a la colaboración, dada sus características poblacionales, a la mejora de la salud general, es decir, del bienestar integral. En suma, promueve ese disfrute de la “buena salud” de las personas trabajadoras que reconoce la referida Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo y, a tal fin, como reconoce la Estrategia Andaluza de Seguridad y Salud en el Trabajo, se debe superar el concepto estricto de prevención de riesgos laborales para promover una cultura de protección-promoción de la salud mucho más amplia. Justamente, los lugares de trabajo aparecerían mayoritariamente percibidas, para la ciudadanía, como “zonas de responsabilidad social” respecto de conductas, en principio privadas, como son las propias de consumos de alcohol o el cannabis, por referir a las de usos de las sustancias psicoactivas más frecuentes<sup>23</sup>.

Ahora bien, si todas estas cosas son conocidas desde hace largo tiempo, no en todas las épocas ha existido la misma comprensión para las mismas, determinando por ello tratamientos diferentes, tanto fuera como dentro de los lugares de trabajo. Si en cierta época el **consumo abusivo de sustancias** representaba un problema de orden público, que había que controlar, disciplinar o sancionar (el art. 54 ET sigue siendo, en cierta medida, un heredero de ese modelo tradicional disciplinario), posteriormente, la cuestión de las adicciones mutó en un problema eminentemente de salud pública. Por lo tanto, la idea a impulsar es la de la prevención, atendiendo a todos los factores y sujetos concurrentes en el proceso degenerativo hacia una **adicción**, no solo **drogodependencia**.

Pero conviene hablar claro para prevenir eficazmente. Ni todos los consumos de sustancias ni usos de actividades son adictivos, ni siquiera abusivos, aunque puedan ser excesivos, ni las adicciones son solo las drogodependencias<sup>24</sup>, como se ha entendido hasta hace bien poco tiempo, al menos de forma mayoritaria (desde luego en la autonomía colectiva) ¿Qué se entiende hoy por adicciones, entonces? ¿Y por consumo abusivo o de riesgo para la salud? Cuando hablamos de “adicción” estamos en el estricto territorio de lo “socio-sanitario”, porque se trata de auténticas “enfermedades mentales” y, por lo tanto, de ausencia de “salud mental o psicosocial”. Por adicción se entiende: **Toda conducta compulsiva de búsqueda, sea por placer sea por aliviar una sensación interna negativa, de sustancias o situaciones en la que la persona:**

- 1) no tiene el control de la conducta (déficit de conducta o desequilibrio).
- 2) continúa a pesar de las consecuencias negativas que ocasiona (situación de dependencia).

Así comprendida, puede entenderse perfectamente la relevancia de los problemas de adicciones para la promoción de la salud (en general, y en el trabajo en particular), pues ya vimos cómo, según la Carta de Ottawa de la OMS, por tal se entiende un proceso contrario a la dependencia: confiere a las poblaciones y a las personales los medios para asegurar el máximo control sobre la salud de cada uno y mejorarla (art. 2. 18º Ley Salud Pública de Andalucía). Por eso, frente al concepto clásico más estático (estado de bienestar), se fomenta un concepto de salud más dinámico (medida mediante la cual un individuo o grupo de individuos pueden realizar sus aspiraciones y evolucionar armónicamente con el medio o entorno –en nuestro caso, la empresa o el entorno laboral, no solo el social-). Por eso, si cualquier adicción es una enfermedad, esté o no catalogada como tal actualmente, según los manuales diagnósticos (DSM 5-APA, 2014- y CIE -OMS, 2016-), la respuesta, no ya solo asistencial sino de promoción de la salud (mental), no derivaría tan solo del sujeto socio-sanitario. Además, es fundamental la educación en estilos de vida saludable para conseguir el bienestar, o, una vez que se ha perdido por la influencia de procesos adictivos, para

<sup>23</sup> Vid. Para este enfoque clásico entre la libertad de usos privados y control en las zonas de responsabilidad social, en aras a la protección de la seguridad de terceras personas, por encima incluso de la salud, vid. AAVV. Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente. Balance y vías de progreso a la luz de la ENSD. Secretaría de Salud Laboral UGT-CEC, 2016, pp. 12 y ss.

<sup>24</sup> Para una interesante perspectiva histórico-evolutiva y de precisión conceptual vid. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Manual para la Prevención de Drogodependencias y las Adicciones en el ámbito laboral, 2006, pp. 116 y ss.

recuperarlo<sup>25</sup>. Sí hablamos de “proceso adictivo” no ya solo de “estados de drogodependencias”.

En efecto, de un lado, el problema de los consumos nocivos o abusivos reclama más la idea de procesos (la adicción como enfermedad tiende a fraguarse lentamente) que la de estados –de alcoholemia, de embriaguez, etc.–, por lo que abre la vía a la intervención precoz, a la acción en fases previas a la consumación del daño psicosocial adictivo. De otro, hoy, este tipo de problemas no se vincula sólo a consumos abusivos de sustancias, sino también a abusos susceptibles de nocividad o riesgo para la salud de actividades. Así, debe quedar claro que lo que determina la aparición de riesgo de adicción no es el uso o consumo sino el “tipo o patrón de consumo”. La OMS distingue (Tabla 1) entre:

- a) Consumos/usos responsables: compatibles con la salud.
- b) Consumos/usos de riesgo: se constatan factores precursores de riesgo, aunque no se actualiza todavía en daños graves.
- c) Consumos/usos problemáticos o nocivos: a corregir por inconciliable claramente con la salud psicosocial o bienestar y la estabilidad relacional.
- d) Patrones de consumos/usos adictivos: enfermedad psiquiátrica o trastorno de salud mental, que implica limitaciones psicofísicas para una vida relacional en plenitud.




Como luego se enfatizará, al analizar nuestro objetivo central, las buenas prácticas en materia, el ET no asume claramente esta distinción, a diferencia de lo que sí sucede en el marco de planificación institucional de esta cuestión (hoy ENA), así como en las leyes de la asistencia sanitaria (de salud pública, que incluye la protección de las personas con adicciones en el derecho a la promoción y protección de la salud, y las leyes autonómicas específicas sobre adicciones). En efecto, el art. 54. 2. f) tipifica, como infracción muy grave, “la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo”, exigiendo un patrón de consumo habitual que sugiere puede estarse ante un proceso de drogodependencia. En cambio, las leyes de salud pública (y las leyes de asistencia sanitaria –catálogo de servicios comunes de asistencia sanitaria del SNS), consideran las drogodependencias como una causa de prestación asistencial sanitaria, con la baja de rigor para dar cierta seguridad económica en ese tiempo (temporal o permanente, según la duración de la afección).

Por limitarnos a Andalucía, el art. 4 de la –ya algo obsoleta– ley 4/1997, de 9 de julio (prevención y asistencia en materia de drogas), entiende, conforme al modelo general en materia, “la drogodependencia como una enfermedad de carácter social” y que compromete a las autoridades públicas, dentro de sus ámbitos de competencias, a habilitar los medios que se

**“consideren necesarios en los términos de la presente Ley para la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la incorporación social de los drogodependientes”.**

<sup>25</sup> Es la idea primordial de la Carta de la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), como subraya el apenas citado *Manual para la Prevención de Drogodependencias y las Adicciones en el ámbito laboral*, ob. Cit. pp. 29 y ss. Para esta, ya tópico científico-social, evolución puede verse AAVV. La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas. Claves para una Nota Técnica Preventiva del INSBT. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2018.

**Tabla 1. Distintos niveles de consumo por su grado de riesgo para la salud.**

Usos responsables 	Consumos nocivos o de riesgo (abuso) 	Consumos adictivos (dependencia) 
Consumo mínimo y en tiempo que no ocasiona trastorno ni en la conducta ni en salud de la persona.	Consumo que puede provocar problemas de conducta y, con el tiempo, es susceptible de dañar la salud.	Consumos debidos a deseos incontrolados de sustancias droga), o actividad (juego, internet).

Fuente: Elaboración propia a partir de la posición de la OMS.







Consecuentemente, las drogodependencias, también desde la perspectiva de la prevención de sus factores de riesgo, así como de promoción de los factores de protección, han de afrontarse, también en el ámbito de los lugares de trabajo, como un problema de salud, no de disciplina de conductas sociales, aun con repercusión negativa, lógico, en el trabajo, así como en el conjunto de las esferas de vida de la persona afectada. Ahora bien, como igualmente indicaremos, conforme a las indicaciones de la OIT, en el ámbito de la prevención eficaz, tanto para la población en general, como para la población ocupada, la ausencia de patrones de consumo típicamente adictivos, quedándose en consumos o usos problemáticos, abusivos, incluso sin llegar a serlo, no excluirán la necesidad de llevar a cabo acciones específicas, precisamente de prevención primaria. Justamente, se tratará de evitar que la población sana pueda incurrir, en virtud de la proliferación de factores de riesgo –y la consiguiente ausencia de factores de protección suficientes–, en un patrón de consumo futuro adictivo.

Pero antes de afrontar esa cuestión es necesaria, como se decía más arriba, una nueva clarificación conceptual. Hoy en día se distingue con nitidez, dentro de los procesos adictivos, entre las **drogodependencias** (adicciones con sustancia –tradicionales y

nuevas, aunque puedan resultar llamativas, como el azúcar o las grasas, lo que está discutido-) y las dependencias conductuales o **adicciones sin sustancia** (no químicas). Así lo evidencia la Estrategia Nacional de Adicciones (ENA), que incorpora ya a estas últimas, en especial las ludopatías y las adicciones tecnológicas, y así se refleja en los marcos legislativos e institucionales autonómicos más modernos. Sería el caso del art. 2 de la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, del País Vasco (ha sido validada constitucionalmente). En su ámbito aplicativo incluye, siempre desde una perspectiva integral y proactiva, atenta tanto a los factores de riesgo precursores como a los factores de protección frente a:

- a) Las adicciones a sustancias. Estas son las conocidas, si bien se abre a otras que tengan el efecto adictivo –azúcares, grasas– (Tabla 2).
- b) Las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales.

**Tabla 2. Sustancias psicoactivas más frecuentes y otras nuevas probables.**

NOMBRE DE LA SUSTANCIA	RIESGO
Tabaco 	• Cáncer de pulmón y vejiga • Bronquitis • Asma • Patología cardiovascular
Alcohol 	• Disminución de la vigilancia y de los reflejos • Pérdida de control: violencia-accidente • Coma etílico • Hepatopatías
Medicamentos 	En función del consumo: • Somnolencia • Alteraciones comportamiento, memoria, movimiento.
Cannabis 	• Alteraciones comportamiento, memoria, movimiento • Alteración de la vigilancia • Cambios de humor • Alteraciones de la percepción • Alucinaciones visuales • Patología psiquiátrica • Cáncer de vías aéreas y digestivas
Otras drogas y opiáceos 	En función de la sustancia consumida: • Alucinaciones • Violencia • Disminución de la vigilancia • Patología cardiaca • Patología infecciosa
¿Azúcares, grasas? 	• Efectos adictivos (desórdenes de uso derivados de esta sustancia -SUD-) • Obesidad, etc.

Fuente: Adaptación propia de OSALAN, 2018, pág. 6.

Junto a un listado amplio de las adicciones con sustancia (art. 2.2.), que permitiría incluir determinados “alimentos”, como el azúcar, e incluso las grasas<sup>26</sup>, lo que, ciertamente, nos abre otro ámbito de interacción entre la prevención de las adicciones y la promoción de la salud en el trabajo (fomento de hábitos saludables alimentarios, incentivo del ejercicio o la actividad física regular), cada vez más presentes en el modelo de empresas saludables, incluye un listado, de las adicciones conductuales. En tal sentido (art. 2.3 de la ley vasca):

<sup>26</sup> Una síntesis de recientes estudios en EEUU puede verse en el artículo titulado El azúcar es adictivo: estos son los cinco datos que lo demuestran. [https://www.elespanol.com/ciencia/nutricion/20181204/azucar-adictivo-datos-demuestran/357965254\\_0.html](https://www.elespanol.com/ciencia/nutricion/20181204/azucar-adictivo-datos-demuestran/357965254_0.html)

“...a los efectos de **prevención, asistencia, inclusión social** y reducción de la oferta, se considerarán adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales:

a) **El juego patológico o ludopatía**

b) **Las conductas excesivas en el uso de las tecnologías digitales y sus nuevas aplicaciones** y, en particular, las relacionadas con el uso de las redes sociales y los videojuegos”.

Asimismo, de gran interés es su apartado 4, que afirma lo siguiente:

“**Con base en el principio de cautela, las medidas de promoción de la salud y de prevención se extenderán también a otras conductas excesivas en la actualidad no conceptualizadas como adicciones comportamentales.** En virtud de dicho principio, en los casos en los que los servicios de salud consideren que la conducta excesiva presenta características susceptibles de generar un patrón adictivo y que la persona podría beneficiarse de un programa terapéutico, podrán aplicarse las medidas de asistencia previstas en la presente ley”.

Aunque no podemos entrar aquí en este sugerente tema, sí es oportuno evidenciar que las dudas y diferencias que persisten en torno a la calificación de una sustancia (ej.: azúcar) o conducta (ej.: tecno-adicción, trabajo, compra compulsiva, sexo...) como “adicción”, esto es, como **un problema de “salud mental”**, tiene que ver con la concreta “concepción” sobre “salud mental” asumida. La concepción tradicional, la “biomédica” y asistencial”, se centraba en la identificación de daños a la salud de las personas. Las más modernas, de naturaleza social, ponen su énfasis en los efectos de mejora de la calidad de vida y de sostenimiento de su capacidad de integración social.



De este modo, si en la primera destacan los aspectos psiquiátricos (trastornos), en la segunda prevalecerán los ambientales. La ENA acoge una concepción socio-económica (bienestar psicosocial integral). En síntesis, las adicciones (químicas y conductuales) se caracterizan por:

**Tabla 3. Problemas de las adicciones químicas.**

Un fuerte sentimiento de compulsión para realizar la conducta (consumo de sustancia, usos excesivos de ciertos comportamientos)
Limitada capacidad para controlar la conducta (comienzo, mantenimiento e intensidad)
Alteración de ánimo cuando se limita o prohíbe la conducta (síndrome de abstinencia)
Relación conflictual con sus entornos por persistir en una conducta perjudicial

FUENTE: Elaboración propia.

**Tabla 4. Adicciones conductuales propuestas por una creciente evidencia científica.**

1) El juego patológico, tradicional u online (ludopatía)
2) Usos abusivos de las nuevas tecnologías digitales ("adicción cibernética")
3) El ejercicio compulsivo y obsesivo del deporte (Vigorexia)
4) Trastornos alimentarios o síndrome de Edorexia (adicción a la comida calórica)
5) Conductas de compra compulsiva (adicción a las compras u Oniomanía)
6) La adicción al sexo (incluye, pero no agota, el consumo excesivo de pornografía)
7) La adicción al trabajo ("Workaholics" o "trabajolismo")

FUENTE: Elaboración propia.

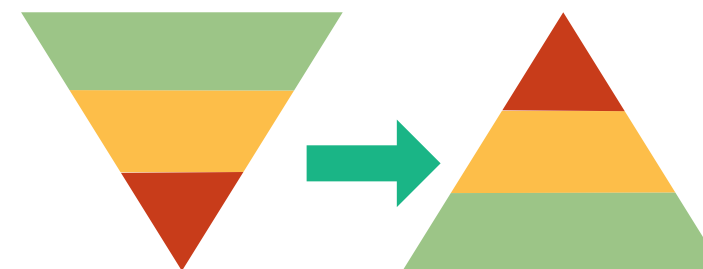
### 3.2. De las respuestas asistenciales tradicionales a un nuevo paradigma proactivo de abordaje de las adicciones en la empresa.

Realizadas estas aclaraciones conceptuales (también recordadas las principales claves institucionales, sin perjuicio de lo que se comentará en el próximo apartado), llega el momento de situar esta cuestión del abordaje de las adicciones en los lugares de trabajo. Al respecto, y como también ha venido advirtiendo la OIT, inicialmente se intentó superar el enfoque meramente disciplinario (sanción de las conductas laboralmente negativas que derivan de estados de abusos de sustancias) a través de un enfoque clínico-asistencial. Si la adicción es una enfermedad individual, aunque tenga factores y consecuencias sociales, la atención debe ponerse en asistir a la persona o personas empleadas que padezcan la afección. Por eso se le llama enfoque asistencial (o también pasivo).

Sin embargo, como evidencian los estudios reseñados por la OIT en sus diversos documentos<sup>27</sup>, este enfoque no solo es menos eficaz para la protección de las personas que padecen el problema, porque actúa reactivamente, a posteriori, actualizado el daño, sino que resulta más costoso, para la empresa (absentismo, rotación, etc.) y para la sociedad (asistencia sanitaria, ayudas y prestaciones económicas, etc.). De ahí que, en la línea de las políticas que se deducen de la ECML, se reclame **un enfoque proactivo**, es decir, de la **prevención primaria e intervención (alerta) temprana**. Aunque se sigue apostando por un enfoque integral (prevención, asistencia, rehabilitación), ahora se pone el acento en la dimensión preventiva, a fin de promover técnicas comunicativas, esto es, de educación-concienciación a todas las personas empleadas, en los diversos niveles de la organización, para promover cambios tanto de comportamientos como de actitudes hacia las sustancias y las actividades que puedan resultar conflictivas o problemáticas si no se usan de manera correcta. En suma, a **más amplia resulte la base de la pirámide de personas empleadas (sanas) en las que se intervenga formativamente, menor será el "pico" de personas empleadas afectadas (enfermas) a las que asistir**. (Gráfico 2).

<sup>27</sup> La síntesis de ellos, con referencias específicas de gran interés, en OIT. SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo, ob. Cit. 2012, pp. 90 y ss.

**Gráfico 2.** Cambio de paradigma de gestión de las adicciones en la empresa: de la intervención asistencial a la gestión integral proactiva.



FUENTE: SOLVE, OIT, 2012, p. 89.

- La acción **debe priorizar que las personas saludables no enfermen** (prevención primaria)
- Para ello, debe elaborarse una política de **evaluación de los factores de riesgo** de consumos adictivos y de corrección, en su caso, para **convertirlos en factores de protección**.
- En todo caso, debe preverse un **programa de intervención asistencial** para quienes ya estén incurso en la enfermedad, garantizando la conexión continua, o el retorno, ocupacional.

En el ejemplo del semáforo típico, ofrecido por la OIT, la "zona ámbar" representaría el porcentaje de personas con uso excesivo o problemático. La zona roja indica un patrón de consumo adictivo. En el esquema tradicional de tratamiento clínico-asistencial, solo las personas trabajadoras reciben atención (ayuda profesional para el tratamiento). Un programa o plan integral, proactivo, en el lugar de trabajo reclama, en cambio, acciones dirigidas a las personas trabajadoras de las tres zonas, si bien desplazaría el foco de la atención hacia la zona verde para prevenir el uso problemático de las drogas y demás tipos de adicciones, invirtiendo la pirámide. La gran mayoría de las personas trabajadoras de una empresa estarán en la zona verde y, en consecuencia, el reto principal del plan de gestión proactiva de las adicciones en la empresa es mantenerlos en esa zona, porque es, justamente, la saludable.

En el análisis costes-beneficios que hace la OIT de los diferentes focos o zonas de intervención, la eficiencia y la eficacia caen claramente del lado de las intervenciones en la zona verde, sin perjuicio del referido enfoque integral. Así

**a) La acción preventiva primaria**, típica de la zona verde, debe llegar a una población extensa –según el tamaño de la empresa y su red de cadena de valor-, pero tiende a ser relativamente más barata y de más calado (valor añadido) porque exploran maneras de prevenir el uso abusivo mediante el desarrollo de hábitos saludables de vida.

**b) La acción de protección o prevención secundaria**, para la zona ámbar, ayudará a las personas trabajadoras a identificar potenciales problemas asociados con el uso de sustancias en una etapa temprana. Por lo que enseñan a "autoevaluar" su propia conducta y, en consecuencia, le da una nueva oportunidad de cambiar, con las ventajas que de ello se derivan (más rendimiento, menos riesgo, más seguridad, más estabilidad). Este enfoque de acción correctora precoz suele tener resultados exitosos y se prolongan a largo plazo. Por lo que la intervención temprana es una acción útil. Aquí los controles (pruebas) pueden tener valor preventivo, siempre que, como ilustra también, la OIT, no terminen siendo una vía para garantizar la acción correctora disciplinaria, pues generaría presión y desconfianza sindicales.

**c) La intervención para la zona roja** (prevención terciaria), implica un **tratamiento de rehabilitación** que tiende a ser más intenso, por tanto más costoso, llega a una parte más reducida y de éxito incierto, debido a las frecuentes recaídas. En todo caso, deben estar disponibles para las personas afectadas (programas individuales).

**De los conceptos (discursos institucionales y evidencias científicas) a las prácticas (autorregulación convencional y gestión empresarial proactivas).**



Es obvio que esta evolución tiene consecuencias no solo conceptuales, así como institucionales (lo veremos con algún detalle más en el próximo apartado), sino también consecuencias prácticas importantes. El diseño y el contenido del **plan de intervención o de gestión no disciplinaria de las adicciones en el trabajo** se verán profundamente influido<sup>28</sup>. De un lado, se pone el acento en el carácter integral del programa, de modo que las diferentes fases se pongan al servicio de una misma idea: la prevención, por ser la más eficaz y la más eficiente. De otro, y en coherencia, se trata de una acción siempre mejorable, por lo que debe responder al típico enfoque preventivo de círculo de control-calidad continuo (incluyendo la evaluación de su eficacia). En consecuencia, esta visión de la protección-promoción de la salud en el trabajo como un proceso siempre mejorable, desplaza el foco de atención desde la garantía de la seguridad –mínimo indispensable: la evitación de daños a la persona, también a la empresa- a la mejora de la salud –búsqueda del bienestar general. En consecuencia, el objetivo no será ya que la organización no dañe la salud, sino que sea un espacio de corrección de malos hábitos y potenciación de buenos. Desde esta perspectiva, el cambio de paradigma potenciado por la OIT, en línea con lo preconizado por la OMS y sistematizado, aunque a través de recomendaciones y estructuras informales, por la UE, como la Red Europea ENHWP (empresas saludables),

supone también superar, o enriquecer, el enfoque clásico de gestión de las adicciones en el trabajo: su consideración como un factor de riesgo laboral que debe evitarse, en aras de la seguridad de terceras personas y del interés empresarial. Ahora, además, la política de promoción de la salud en el trabajo requiere reforzar el funcionamiento organizativo del trabajo en la empresa como canal para potenciar la salud de las personas empleadas con la mejora de las condiciones no solo de vida sino también de trabajo. De este modo, se entrecruzarían, conforme al paradigma de la OIT, la dimensión de política de seguridad y salud en el trabajo (obligatoria) con la de promoción de la salud en el trabajo (voluntaria, sin perjuicio de los compromisos adquiridos por la vía del convenio colectivo). Por tanto, se crean espacios fronterizos entre la obligación de preservar la salud laboral (protección eficaz) y el compromiso de mejorarla (promoción), más allá de las acciones de prevención primaria consistentes en la educación-formación para una cultura de mejora de la salud<sup>29</sup>.




De ahí, pues, en todo caso, **la gran importancia de la negociación colectiva para clarificar y avanzar por estos terrenos de frontera** entre prevención de riesgos laborales y promoción de la salud en el trabajo, ofreciendo no sólo garantías adicionales de mejora de la salud para las personas trabajadoras y seguridad (económica, jurídica, ocupacional), sino también nuevas oportunidades para que las empresas ganen ventajas competitivas. Así viene institucionalizando mediante consenso internacional (ENHWP, Plan de acción Mundial sobre la Salud de los trabajadores 208-2017”, etc.). Y así se evidencia en los diferentes estudios que se vienen haciendo al respecto, un tanto estancados desde hace unos años, pero que hoy parece volver a reactivarse, también por la creciente conciencia de sus ventajas empresariales y de mejora de la reputación, además de la calidad de clima laboral<sup>30</sup>. Consecuentemente, la negociación colectiva no ha podido ni querido, lógicamente, quedarse al margen de esta notable evolución. Al contrario, incluye cada vez más en su clausulado los conceptos de “bienestar”, “calidad de vida”, “promoción de la salud”, etc.

En efecto, como vamos a ver en un análisis detenido de la negociación colectiva española y andaluza, bajo la perspectiva de gestión no disciplinaria de las adicciones en el trabajo, la realidad

convencional actual ofrece numerosos y crecientes ejemplos de este nuevo binomio prevención de riesgos laborales –promoción de la salud en el trabajo. Las formulaciones y denominaciones variarán notablemente de unos a otros (art. 28 Convenio Colectivo OPEL España, CC Telefónica, XVIII CC de la Industria Química, CC sector de conservas, semiconservas, ahumados cocidos, etc., CC Automoción de Málaga, etc.). Pero, en todo caso, constantemente, subyace la convicción de la necesidad de superar el mero cumplimiento de las obligaciones legales, para progresar, como alientan tanto la Estrategia Nacional como la Estrategia andaluza de seguridad y salud en el trabajo, hacia “una nueva cultura de la prevención”.

En suma, y en lo que al tratamiento de las adicciones –viejas o con sustancias y nuevas o conductuales- en la empresa se trata, esto supone un notable proceso de tránsito desde la vieja idea disciplinaria a otra más moderna propia del modelo de empresa saludable, pasando por el importante puente que supone la prevención de riesgos laborales (Tabla 5).

**Tabla 5. Evolución de la intervención sobre sumos problemáticos y adicciones en los lugares de trabajo.**

Tratamiento disciplinario	Tratamiento preventivo	Entorno laboral saludable
		
Enfoque antiguo	Planteamiento clásico	Enfoque contemporáneo
Reprobar mala conducta	Evitar plus de riesgo laboral	Promoción del bienestar

**FUENTE:** Adaptación propia de AA.VV. *Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas?*, OSALAN, 2018, pág. 1531.

<sup>28</sup> En torno a los pasos o fases que integran un plan de prevención de las adicciones en la empresa existe una amplia bibliográfica práctica al efecto. No obstante, la falta de evaluaciones reales de su implantación efectiva y sus usos impide una valoración consistente de los mismos en la práctica. De ahí la necesidad de promover este tipo de intercambios y facilitar una mejora continua de los mismos. Vid. OSALAN. *Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas?*, mayo 2018 (presenta y actualiza, de forma práctica, una Guía más analítica y conceptual de 2014). Como evidencia expresamente, las puestas de “despistaje” o de control de consumos solo tienen valor y utilidad dentro de un plan integral; su uso aislado, sin unas indicaciones claras y consensuadas, carece de eficacia y termina generando más problemas de los que resuelve (conflictividad colectiva, demandas por lesión de derechos personales, un elevado coste, etc.). Es el protocolo el que debe dejar fijados, de forma pactada, en qué supuestos específicos se realizarán estas pruebas. En la Guía, y de conformidad con su renovado marco legislativo, ofrece un ejemplo sencillo de “**protocolo de intervención en caso de intoxicación aguda**”, pp. 12 y ss. Otros modelos de referencia, sobre los que volveremos en su momento, para elaborar un plan de intervención preventiva, conforme a las recomendaciones legislativa en materia específica de drogas. CCOO. *Orientaciones sobre Intervención sindical en drogodependencias*, 2015. <https://www.ccoo.es/509565d-3b524228a41274e0351fa9508000001.pdf> UGT. Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, 2017, en: [https://www.ugt.es/sites/default/files/node\\_gallery/Galer-a%20Publicaciones/guia\\_protocolo\\_prevenicion\\_adicciones\\_UGT.pdf](https://www.ugt.es/sites/default/files/node_gallery/Galer-a%20Publicaciones/guia_protocolo_prevenicion_adicciones_UGT.pdf) Foment de Treball. *Guía del abordaje de las drogas en el ámbito laboral*, 2014. <https://pri.ceoe.es/foment-guia-de-abordaje-de-la-drogodependencia-en-el-ambito-laboral/>. Aunque todas tienen referentes comunes –OMS, OIT, no todas ponen el acento en la misma fase, de modo que unas enfatizan más la prevención y promoción, también la asistencia, mientras que otras reclaman la atención sobre la fase de detección y control, como condición para la intervención.

<sup>29</sup> Vid. GUTIÉRREZ-SOLAR CALVO, B. “De la prevención de riesgos a la promoción de la salud en el trabajo...” ob. cit. pp. 141-142.

<sup>30</sup> GEA BRUGADA, M. (Responsable del Servicio de Salud y Prevención de Riesgos Laborales en General Electric Healthcare). “Beneficios de la promoción de la salud en las organizaciones productivas”, *Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social*, n. 138, 218, pp. 119 y ss.

<sup>31</sup> OSALAN. (Autora varias: las autoras son médicas especialistas de medicina del trabajo, salvo una especialista en prevención de riesgos laborales). *Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas?*, mayo 2018.



## 4. El renovado marco conceptual e institucional para el abordaje de las adicciones: de la evitación de daños a la mejora del bienestar.



### 4.1. La interacción entre el entorno interno y externo: Del “daño a la salud laboral” a la “mejora de la calidad de vida (bienestar) en el trabajo”.

Según la citada Encuesta 2013-2014<sup>32</sup>, y como ya se apuntó, la población laboral presenta “mayores prevalencias” en el consumo problemático de ciertas drogas -no de todas- respecto del conjunto de la población (p. 46). En esa Encuesta se evidencia que:

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

Cierto, no es ninguna sorpresa. Diversos estudios previos estimaron esa misma conexión. Es el caso, para el País Vasco, del “barómetro de salud Inpes” (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Porcentaje de personas trabajadoras que habrían visto agravados sus consumos problemáticos por factores laborales.

#### BARÓMETRO SALUD 2010 INPES

36,2% fumadores regulares  
9,3% consumidores de alcohol  
13,2% consumidores de cannabis



Han aumentado sus consumos debido a problemas relacionados a su trabajo o a su situación profesional en el curso del último año

Varias décadas antes de esta estimación estadística, la OIT, desde 1996, viene promoviendo el ya citado enfoque para el abordaje de las adicciones en la población trabajadora que aproveche los recursos del sistema de gestión de riesgos laborales (políticas de seguridad y salud en el trabajo -PSST-). No es sólo un cambio conceptual. En realidad busca un efecto práctico: la mejora de la eficacia de las formas de abordaje de las adicciones en los lugares de trabajo. De ahí que, con éxito desigual en las prácticas nacionales, **preconice la integración de ambas políticas, la política de seguridad y salud en el trabajo -PSST- y la política de promoción de la salud en el trabajo -PPS-**. La OIT aboga, así, por un sistema integral de gestión de riesgos laborales que incluye de forma sistematizada la promoción de la salud. **A ello suma un enfoque de diálogo social, como la otra condición para fomentar iniciativas exitosas** (buenas prácticas) en la gestión de las adicciones para la población empleada, sin perjuicio de la llamada a la cooperación con la entera comunidad social (instituciones públicas y entidades civiles)<sup>33</sup>.

Esta concepción integrada y dialógica de gestión de la seguridad y salud en el trabajo ha sido plenamente asumida, e institucionalizada, por lo que al marco propio de la gobernanza autonómica andaluza en la materia concierne, en la **Estrategia Andaluza de Seguridad y Salud en el Trabajo (EASST) 2017-2022**. Así se desprende claramente del acento que la EASST, marco de planificación institucional y concertada de la política andaluza de seguridad y salud en el trabajo por antonomasia, pone en un modelo más innovador que en el pasado respecto de la promoción de la cultura preventiva de riesgos laborales en los ambientes de trabajo. Literalmente asume este nítido compromiso de progreso:

“La Estrategia Andaluza de Seguridad y Salud en el Trabajo aspira no solamente a ser referencia en materia preventiva, sino a desarrollar su potencialidad para abarcar más allá” (p. 82).

**FUENTE:** AA.VV. Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en las empresas, OSALAN, 2014.

<sup>32</sup> Disponible en <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/noticiasEventos/dossier/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

<sup>33</sup> La mejor expresión cultural-formativa de esta concepción de gestión integrada de las adicciones -de todas ellas- en las empresas es el célebre “programa SOLVE”. Las herramientas y programas al respecto en “El paquete de formación de SOLVE: Integrando la promoción de salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo”. [http://www.ilo.ch/safework/info/instr/WCMS\\_203117/lang-es/index.htm](http://www.ilo.ch/safework/info/instr/WCMS_203117/lang-es/index.htm)

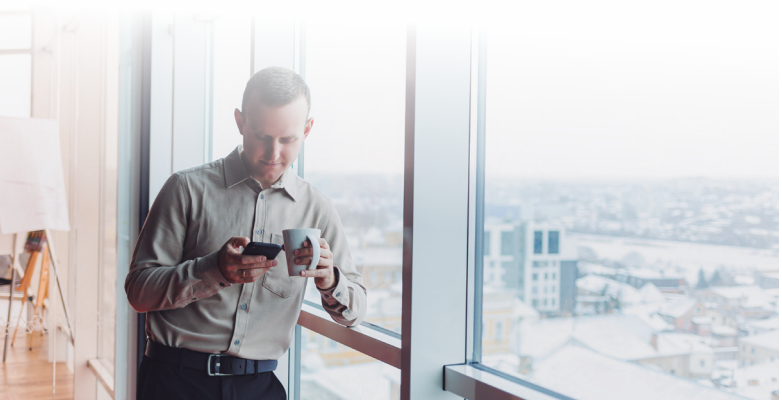
**¿Qué implica ese progresar hacia un más allá preventivo?** Por lo que refiere al objeto de este Estudio, para concretarlo hay que acudir a una de las especificaciones que hace en el ámbito de la EASST. En este apartado se incluye, como uno de los retos más significativos para la mejora de la seguridad y salud en el trabajo, la promoción de

**“Hábitos saludables. La salud laboral y extralaboral de las personas trabajadoras son vasos comunicantes entre los que existe una influencia directa y mutua en determinados aspectos. (...)” (p. 86).**

No puede ser más nítida, pues, la comprensión innovadora e integral que asume la EASST en materia de seguridad y salud de las personas, dentro y fuera de la empresa, ante la creciente interacción entre el entorno o ambiente interno al trabajo y el entorno o ambiente externo. Qué duda cabe que uno de los problemas de salud global de las sociedades modernas es la creciente incidencia de las adicciones, tanto con sustancia cuanto sin sustancia (especialmente en un mundo cada vez más digitalizado), y en ellas se dan cita factores de diversa naturaleza, unos extralaborales (personales, familiares, sociales) y otros, como muestra y estima la referida EMCL (2013), laborales. Justamente, como viene evidenciando la OIT desde 1996, y ha ratificado, a través de su programa formativo más célebre en este ámbito, el Programa SOLVE.

*“Integrar medidas de promoción de la salud en los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo fortalece las prácticas de salud en el trabajo, contribuyendo al desarrollo de una cultura de la prevención”<sup>34</sup>.*

<sup>34</sup> OIT. Guía del formador. SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo, revisión 2012, página 4. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\\_203378.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf)



Una vez más nos encontramos ante la asunción de un compromiso institucional y socioeconómico, también cultural, plenamente sostenido sobre la evidencia científica. En esta encontramos consenso a la hora de indicar esta dimensión compleja y multicausal del problema de las adicciones en las personas en general, y de las personas trabajadoras en particular (Tabla 6). También es este el punto de partida del vigente marco de planificación institucional socialmente compartido: la **Estrategia Nacional sobre Adicciones (ENA)** 2017-2024, así como el Plan de Acción sobre Adicciones (2018-2020).

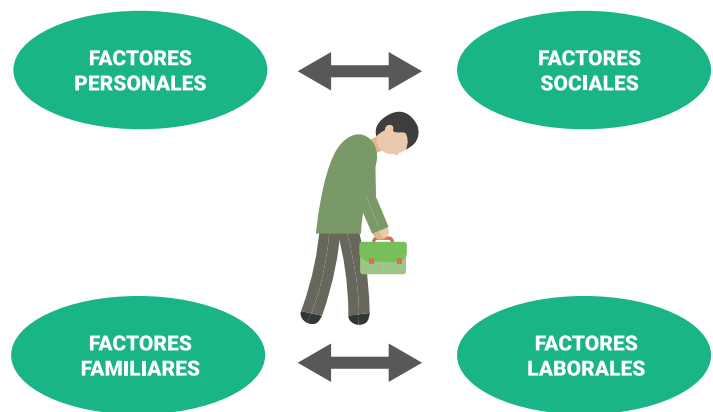
**Tabla 6. Factores incidentes en el riesgo de adicciones.**

FACTORES DE RIESGO	
NO LABORALES	LABORALES
<b>SOCIALES</b> Tolerancia; disponibilidad; bajas garantías	<b>ORGANIZACIÓN DEL PROCESO</b>
<b>FAMILIARES</b> Conflictividad, malas relaciones de pareja	<b>PUESTO DE TRABAJO Y/O TAREAS</b>
<b>PERSONALES</b> Baja autoestima, dificultad para resolver problemas y decidir, falta de habilidades emocionales, insatisfacción, gustos...	<b>AMBIENTE LABORAL</b>

**FUENTE:** MOLINA NAVARRETE, C.; et. alt.: La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas. Claves para una Nota Técnica Preventiva del INSBT, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2018, pág. 18 y 20.

Conviene recordar que no estamos ante un cuadro de factores estancos, sino que están relacionados e interaccionan de forma significativa entre ellos. Por lo tanto, los factores más nítidamente extra-laborales de incidencia en los consumos problemáticos, incluso adictivos, pueden verse agravados por los laborales, siendo también cierto lo contrario, en particular los factores de riesgo psicosocial (Gráficos 4 y 5).

**Gráfico 4. Causalidad multifactorial interactiva de los factores de riesgo de adicciones.**



**FUENTE:** AA.VV. Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en las empresas, OSALAN.

**Gráfico 5. Modelo ecosistema global o “ecológico” de comprensión del estado de salud de una persona trabajadora (Adaptación de McLeroy et al., 1988).**



**FUENTE:** AA.VV. SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo, OIT, Ginebra, 2012, pág. 13.

De este modo, la apuntada renovación del marco conceptual e institucional, según la ESST 2017-2022, confirma que la referencia determinante para el contemporáneo sistema de gestión de factores y riesgos laborales no es ya sólo a la **“salud relacionada con el trabajo”** (interacción negativa), sino también, y sobre todo, la **“calidad de vida en el entorno laboral”** (interacción positiva), entendido como ambiente global, así como al **“bienestar psicosocial en el trabajo”** (concepción integral de la salud según la OMS). Veremos cómo la propia negociación colectiva asume, en tiempos más recientes, esta evolución, conceptual e institucional, innovando los tratamientos de autorregulación no solo terminológicamente sino también en el plano de los compromisos de acción e iniciativas de intervención proactiva -no represiva- sobre las adicciones en las empresas.

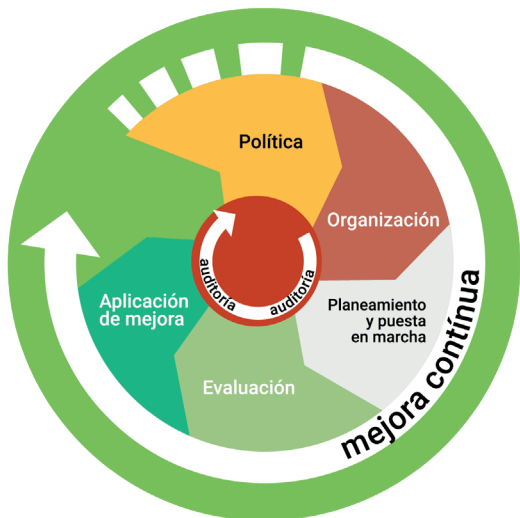
En consecuencia, cuando la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016 (ENSD), primero, y luego la ENA, sitúan el marco institucional e instrumental de abordaje de las adicciones para la población ocupada en esta visión integral del sistema preventivo no sólo lo hizo para aprovechar los recursos preventivos que pueden usarse a favor de tal acción (enfoque práctico y de eficiencia). Además, estaba impulsando una renovación del marco conceptual que sirve de referencia a aquél. Pero no lo hacía únicamente por un prurito de innovación cultural, sino también, nuevamente, de eficacia práctica. Políticas de promoción de la salud en el lugar de trabajo que aborde el problema de los consumos nocivos sin atender a eventuales factores ambientales laborales tendrá un éxito limitado.

La indicada integración entre SST (seguridad y salud en el trabajo) y PST (promoción de la salud en el trabajo) no nacería de una posición teórica, sino de una necesidad práctica y, en consecuencia, tiene una dimensión operativa. Si bien, para ser eficaz, óptima, debe constituir un sistema dinámico. Como ha puesto de relieve el sistema de gestión integral de la OIT, la mejor guía para implementar de forma práctica un sistema de gestión de las adicciones en el trabajo desde la política de seguridad y salud en el trabajo

“es seguir un ciclo de mejora continua como en las Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo de la OIT” (OIT-SST, 2001).



**Gráfico 6.** Modelo de gestión integrada y dinámica de la seguridad y salud.



**4.2. La relación positiva entre la evaluación de riesgos y la promoción de la salud en el trabajo: evidencia científica.**

La visión de las adicciones como problema de salud no solo ha variado en el tiempo, sino que tampoco es unívoca, como vimos al inicio del Estudio. Frente a la concepción médica tradicional (acción asistencial) o conductual (corrección de conducta) hoy se impone una más integral (socioeconómica) (Tabla 7).

Una y otra concepción de la adicción como problema de salud psicosocial tiene diferentes implicaciones prácticas para abordarlo. A nuestro juicio, institucionalmente se ha asumido la última visión, la socioeconómica, como hemos visto, probándose en la práctica también su mayor eficacia. Para probarlo, acudamos a la Encuesta ESENER-2 (Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes)<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Disponible en <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/encuesta-nacional-de-gestion-de-riesgos-laborales-en-las-empresas-esener2-espana>

FUENTE: AA.VV. SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo, OIT, Ginebra, 2012, pág. 20.

**Tabla 7.** Concepciones de la salud mental y su proyección en el abordaje de las adicciones en el trabajo como problema de salud psicosocial.

CONCEPCIÓN/ ASPECTO DIFERENCIAL	CONCEPCIÓN BIOMÉDICA	CONCEPCIÓN COMPORTAMENTAL	CONCEPCIÓN SOCIOECONÓMICA
Salud mental (o psicosocial)	Ausencia de patología (proceso degradación biológica)	Capacidad Ajuste/ adaptación de conducta a contexto social y al sistema productivo	Derecho social a la protección de un equilibrio integral
Enfermedad (adicciones)	Emersión desordenes en el cerebro nocivos	Desajustes de hábitos y forma distorsionada de pensar, sentir y actuar	Refleja interacción de condiciones socioeconómicas ambiente con conducta/creencia
Modos Intervención	Tratamiento asistencial médico  Promueve rehabilitación (prevención secundaria y terciaria)	Aprendizajes de conductas adaptadas y corrección de formas de pensar sobre creencias y mitos  Prevención por reeducación (información y formación)  Promoción individual de estilos de vida saludable	Prima corregir modos y condiciones de vida  Busca crear entornos saludables, no sólo hábitos saludables para favorecer libre elección individual  Integra prevención primaria con PST

FUENTE: Elaboración propia.

En ella se establece **una rotunda relación positiva entre la herramienta básica sobre la que se construye todo el edificio preventivo de riesgos laborales, la Evaluación, y la acción promocional de la salud** en relación con los factores de riesgo de adicciones. La conclusión, a extraer de la ESENER-2, que es el punto de partida de este Estudio, es una mayor implicación de las empresas en la promoción de la salud de las personas trabajadoras cuando hacen evaluaciones de riesgos laborales, en especial si incluye los factores y riesgos de índole psicosocial, que si no las hacen.

En suma, la acción preventiva en general, y respecto de los factores y riesgos psicosociales en particular, facilita de modo significativo la promoción, dentro de las personas empleadas, de conductas (hábitos) saludables respecto de los consumos más problemáticos, así como para la calidad de vida y de trabajo en general (Tabla 8)<sup>36</sup>.

**Tabla 8.** Relación positiva entre la evaluación de riesgos y la promoción de la salud.

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

FUENTE: AA.VV. ESENER-2, España, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Luxemburgo, 2015, pág. 72.

<sup>36</sup> AAVV. La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas, UGT-CEC, Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid, 2018, Tabla 15, p. 32. [http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp\\_adicciones\\_medio\\_laboral.pdf](http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf)



## 5. Factores laborales de riesgo y de protección en las adicciones: nuevas claves para enfoque de gestión proactiva en la empresa.

### 5.1. La ambivalencia del entorno laboral respecto de las adicciones: factor de riesgo versus factor de protección.

En el anterior apartado hemos evidenciado la convergencia entre la evidencia científica -ya exhibida por la OIT en 1996-, la evolución conceptual e institucional y los instrumentos de estimación estadística más relevantes al respecto, sea relativos a los factores de prevalencia en el consumo problemáticos de sustancias de la población trabajadora (ECML) sea relativos a las condiciones de trabajo y su gestión (Encuestas de Condiciones de Trabajo, ESENER). En ese triple ámbito (científico, institucional-social y estadístico) se otorga un papel destacado, al margen de las cuestiones de causalidad directa, a las "condiciones (sobre todo psicosociales, pero no solo) de trabajo" ex art. 4.7. LPRL en los procesos de consumos problemáticos y/o adictivos de las personas. De forma particular, la ECML (recuérdese que no incorpora las adicciones conductuales, solo las drogodependencias; en la próxima, ahora pendiente de publicación, sí tendrán entrada las adicciones conductuales, al menos las ludopatías y las tecno-adicciones), nos permite analizar y desvelar las interacciones entre 4 grupos de variables sociolaborales y el incremento del riesgo de consumo nocivo de sustancias adictivas. A saber:

**1. Situación ocupacional:** persona ocupada, persona ocupada, pero con algunas ausencias temporales, persona parada ausente temporalmente. Se identifica con las "**condiciones de empleo**" (*seguridad o inseguridad en el empleo*).

**2. Sector de actividad** económica en el que la persona trabajadora desempeña sus servicios.

**3. Categoría profesional** u ocupacional (*estatus socio-profesional*).

**4. Los factores de riesgo laboral**, entre los que tiene especial relevancia los de naturaleza psicosocial (jornada de trabajo, satisfacción en el trabajo, condiciones ambientales o estrés térmico; carga (física y mental) de trabajo, demandas psicosociales...). Es el concepto de "**condiciones (materiales y contractuales) de trabajo**".

Ahora bien, tan importante como esta constatación de las asociaciones entre los diversos factores sociolaborales y las adicciones, es una segunda constatación derivada de esta evolución institucional y científico-estadística. Si las respuestas conductuales y cognitivas de las personas respecto de las adicciones varían y se intensifican a medida que se asocian a diferentes condiciones sociolaborales, **esta interacción no debiera solo ser atendida de forma negativa** (mayor riesgo de consumos problemáticos a peores son las condiciones del entorno laboral, empeorando el estado de salud y bienestar de la persona trabajadora), **sino que debe ser vista también de forma positiva** (menor riesgo de consumos problemáticos, a mejores son las condiciones de trabajo, aumentando la salud y el bienestar de las personas trabajadoras), sino que enriquecen las referencias. En consecuencia, **el entorno o ambiente laboral puede actuar**

- **tanto como fuente de factores de riesgo de adicciones** para las personas cuanto
- **como fuente de factores de protección a tales efectos.**

**Justamente, la misión de las políticas de gestión empresarial de las adicciones en los entornos de trabajo será la de crear las condiciones para que se dé la interacción positiva en vez de la negativa o, verificada, esta mutarla en aquella.** El referido tránsito desde la referencia más tradicional (evitar "daños a la seguridad y salud" de la persona trabajadora: accidentes y enfermedades) a la más moderna (promover la "mejora de las condiciones de calidad de vida y de trabajo": aumento de la salud, del bienestar) tiene la virtud de evidenciar esa dicotomía y ambivalencia. Así, al igual que sucede respecto de los "factores psicosociales" (que según se organicen pueden ser "factores de riesgo psicosocial" o "factores de protección psicosocial") también el estándar de condiciones en los que se desenvuelva el trabajo se revelará con un tipo de interacciones positivo o negativo, como factor de riesgo o como factor de protección. En definitiva, a mayor sea la calidad de condiciones de trabajo menor será el riesgo de adicciones -o de agravación de las mismas, incluso mayores serán las posibilidades de superación-, y a menor sea su calidad, mayor será la prevalencia de consumos, como desvela la ECML.

**La empresa se revela, de este modo, un lugar adecuado para desarrollar actividades de promoción y prevención en relación con el consumo de sustancias adictivas.** La interacción entre salud pública y lugar de trabajo es constante, como se dijo.

El detenido estudio de este instrumento estadístico (ECML) ofrece nuevas informaciones y perspectivas<sup>37</sup>, pues, para una adecuada comprensión del abordaje del problema de los consumos de drogas en el trabajo, para las empresas y para los interlocutores sociales (en especial a través de la autorregulación). Los patrones de consumo de sustancias adictivas descritos pueden ser utilizados como referencia para estimar las prevalencias esperadas en empresas concretas según su actividad económica u ocupación, pero también según sus condiciones de trabajo.

Conocer de forma más precisa la auténtica significación de los factores de índole sociodemográfico (dimensiones de género -diferencias de consumos entre las mujeres y los hombres- y de edad -diferencias entre jóvenes y maduros-), que tienen una especial relevancia en el ámbito del trabajo<sup>38</sup>, y de los factores sociolaborales (modalidades y condiciones de prestación -a tiempo parcial, jornada de trabajo, sistema de turnos, nocturno, etc.), indicados y estimados (magnitud de su prevalencia) por la ECML, abre nuevas expectativas de progreso en la creación de entornos laborales más saludables en general, y respecto al riesgo de adicciones en particular. Como se analizará en su momento, **la más estrecha y eficaz asociación de ambos factores permitirá crear marcos de autorregulación convencional más eficaces para transformar, desde la autonomía colectiva** (convenios de regulación y acuerdos de gestión en la empresa), **los factores de riesgo en factores de protección**, a fin de evitar o, en al menos, reducir los consumos nocivos.

<sup>37</sup> Si bien esta interacción entre los factores laborales y los extralaborales en la incidencia en las adicciones viene contando con una larga tradición científica. Vid. BENAVIDES, F.T. et alii. "Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España", Revista Gaceta Sanitaria, 2013, 27 (3), pp. 248-253. Los resultados de este estudio proporcionan valores de referencia para evaluar futuros programas preventivos para el consumo de sustancias adictivas en el medio laboral. A tal fin, importante es que se mantenga un mínimo de ítems sobre salud laboral en los términos de la ECML, y de EDADES en general. También en esta línea, si bien desde una prevalente concepción biomédica, OTERO DORREGO, C. "Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo". Medicina, Seguridad y Trabajo, Vol. 57, suplemento 1, 2011.

<sup>38</sup> Más ampliamente, para esta interacción entre factores sociodemográficos con especial relevancia en el ámbito laboral y los factores propiamente laborales AAVV. (Molina Navarrete, C. -Miñarro Yanini, M. -Escarabajal Arrieta, M.D. -Gimeno Navarro, M.A. -González Cobaleda, E.). **Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales relacionados con las adicciones: prevalencia de consumo y acciones preventivas en el entorno laboral**. Secretaría de Salud y Medio Ambiente UGT-CEC, Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid, 2016.

## 5.2. El entorno laboral como fuente de factores de riesgo para las adicciones: una selección a partir de la ECML.

La evidencia científica acumulada antes de la ECML (ej. Estudio andaluz relativo a "Los jóvenes andaluces ante las drogas y las adicciones - 2002") había venido dejando claro la concurrencia de los factores laborales (como riesgo y como protección, según las condiciones existentes en este entorno) con lo extra-laborales en el desarrollo de ciertas conductas adictivas. La siguiente tabla así lo deja bien reflejado<sup>39</sup>.

**Tabla 9. Factores de riesgo existentes para las adicciones.**

FACTOR FAMILIAS	
• Malas relaciones padres-hijos.	• Abuso alcohol-drogas por padres.
• Malas relaciones de pareja.	• Mala situación económica.
FACTOR FAMILIAS	
• Consumo de drogas en grupo.	• Facilidad para obtener drogas.
• Uso de drogas en lugares de diversión.	• Marginalidad en el barrio.
	• No participación social.
FACTOR PERSONAL	
• malas relaciones padres-hijos	• malas relaciones padres-hijos
• malas relaciones de pareja	• malas relaciones de pareja
FACTOR LABORAL	
• malas relaciones padres-hijos	• malas relaciones padres-hijos
• malas relaciones de pareja	• malas relaciones de pareja

**FUENTE:** AA.VV. *Manual para la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, Consejería para la Igualdad y Bienestar, 2001, pág. 106

<sup>39</sup> Vid. Consejería para la Igualdad y Bienestar. *Manual para la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, Ob. Cit. p. 106. Estos estudios son convergentes con otros previos. Ya desde el inicio de este siglo se realizaron diversos análisis, en especial por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), sobre "La incidencia de las drogas en el mundo laboral" (2001), que reflejan los mismos factores laborales y extra-laborales de referencia.

Pues bien, la referida ECML confirma, especifica y estima la magnitud de esa incidencia del entorno laboral en el consumo problemático de drogas en las empresas. Detalla una amplia gama de condiciones que pueden agruparse en tres bloques.

A grandes rasgos, el mapa general (a concretar en cada sector de actividad económica y empresa) de factores laborales de riesgo de adicciones quedaría así:

### 1. Los referidos a la organización del trabajo (factores y riesgos psicosociales):

- Jornada de trabajo (jornadas prolongadas, ritmos de trabajo -o muy altos, o muy bajos-, descansos durante el trabajo, o entre las jornadas...).
- Distribución horaria (jornada continua/partida; rotaciones de turnos, condiciones de nocturnidad...).
- Satisfacción profesional (promoción; enfoque de recompensa; salarios).

### 2. Los atinentes al puesto de trabajo (riesgos de seguridad y riesgos ergonómicos):

- Trabajos repetitivos y monótonos
- Trabajos penosos (toxicidad, estrés térmico, calidad de clima...)
- Trabajos en lugares aislados/solitarios
- Elevada movilidad funcional/geográfica (o locativa): traslados frecuentes, novaciones recurrentes, etc.
- Cultura del puesto y/o profesión

### 3. Los relacionados con la situación ocupacional y el ambiente laboral:

- Inestabilidad incertidumbres sobre la duración ocupada, así como sobre las condiciones de trabajo.
- Competitividad/conflictividad laboral.
- Expectativas de empleo -o amenazas de perderlo-.
- Relaciones interpersonales en la empresa y con los superiores (calidad del clima social en la empresa).
- Disponibilidad de sustancias adictivas en el lugar de trabajo.
- Consumos en los diversos centros y cultura de tolerancia/intolerancia.

Ciertamente, no todos estos factores de riesgo laboral parecen tener el mismo peso a la hora de determinar las prevalencias en el consumo nocivo de drogas según los encuestados. Por lo tanto, conviene seleccionar a aquellos más prevalentes, a fin de dar mayor factibilidad a los programas de gestión proactiva de las adicciones en el trabajo como exigencia de una empresa o entorno saludable. A saber:

**1) Condiciones de Trabajo (peligrosidad, trabajos nocturnos, tareas rutinarias, jornadas muy prolongadas...).**

**2) Insatisfacción laboral -desequilibrio esfuerzo exigido y recompensa obtenida (sentirse mal pagado, desfase entre preparación y puesto, mal clima social;...).**

**3) Inseguridad laboral (condiciones de empleo: temporalidad, incerteza de futuro)**

**Una adecuada catalogación o "codificación" de este inventario-listado de factores de riesgo**, en cada sector de actividad y/o empresa<sup>40</sup>, **será muy útil para dar actualización a los compromisos empresariales**, adquiridos mediante autorregulación convencional o a través de procedimientos (o protocolos) específicos, para la gestión proactiva de la cuestión de las adicciones en las personas empleadas. Un claro ejemplo de ello, según se verá al analizar con detalle la experiencia convencional, estatal y andaluza, nos lo ofrece aquella tipología -ciertamente minoritaria- de convenios colectivos que comprometen, dentro del "Plan General de Prevención de Riesgos Laborales" ex art. 17 LPRL, incluir un "programa de intervención integral en drogodependencias" con su triple nivel de acción: prevención, asistencia y reinserción. Y cuando concretan el nivel preventivo refieren, de forma expresa, al compromiso de:

**" (...)  
...incluir en todos los procesos de evaluación de riesgos que recoge la Ley, los factores psicosociales, de organización y condiciones físicas del medio... de trabajo, que puedan estar favoreciendo...el uso problemático de alcohol y/u otras drogas"**

*Artículo 25 del CC provincial Empresas consignatarias de Buques, estibadores y contratistas de operaciones portuarias de Las Palmas.*

<sup>40</sup> Más extensamente en AAVV. (Molina Navarrete, C. -García Jiménez, M. -González Cobaleda, E.). *Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente. Balance y vías de progreso a la luz de la ENSD*, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2017

### 5.3. El entorno laboral, factor de protección frente al riesgo de adicciones: nuevos indicadores y perspectivas de gestión de empresa.

Ahora bien, como la propia ECML subraya, la interacción entre el entorno laboral y el riesgo de sufrir un proceso adictivo tiene también una dimensión positiva. **Esas mismas variables socio-laborales de riesgo pueden mutar, con la debida regulación y gestión, en factores de protección** frente a tales riesgos y patologías psicosociales.

La ECML viene mostrando (desde 2007, reafirmando en 2013), con la suficiente magnitud estadística, que si las condiciones socioeconómicas de cada sector económico, así como las características de “estatus-contrato socio-profesional” de cada persona y grupo de la plantilla, son relevantes para identificar las prevalencias en los consumos nocivos, lo son también para desvelar cuáles deben ser las prioridades en los planes preventivos y de gestión proactiva en las empresas para hacer de ellas un “escudo de protección”<sup>41</sup>. En consecuencia, una adecuada lectura por empresas e interlocutores sociales de la ECML permite, a nuestro juicio, **aportar una nueva perspectiva de gestión de políticas internas a favor de un entorno laboral saludable**, también en términos de protección frente a las adicciones, que va más allá, sumándose, a la más típica de responsabilidad social corporativa (RSC) y al modelo de “cooperación público-privado”<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> Desde hace largo tiempo, a instancia de la OIT, los diversos –y crecientes, desde entonces- estudios vienen indicando, sistemáticamente, que la existencia de un empleo tiende a revelarse como un factor normalizador y protector en sí mismo. Es decir, el trabajo, independientemente de los factores de riesgo que se van a ir analizando, es un elemento que tiende a normalizar a la persona en la sociedad y le permite un desarrollo individual y social, consolidando su situación en el ecosistema en el que vive. Por eso suele distinguirse entre “el consumo social” de sustancias y la “abstención en tiempo de trabajo”, de modo que el consumo se asocia a las zonas y tiempos de ocio, no a las zonas y tiempo de trabajo. Ahora bien, esos mismos estudios ponen de manifiesto que las condiciones y entornos de prestación de servicios, concretamente atendidas, pueden ser tanto un factor de riesgo como de protección. De ahí la importancia de este tipo de análisis y de la dimensión ambiental laboral en el estudio de los procesos de deriva adictiva como de re-normalización. Vid. *Manual de prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, Ob. cit, p. 103. OIT. Solve: integrando... pp. 85 y ss.

<sup>42</sup> Para esta perspectiva clásica de RSC -sobre la que volveremos al analizar las diferentes prácticas que existen en nuestro país en general, y en Andalucía en particular, al respecto, vid. VILLALBA VEGAL, María del Mar. “El papel de las empresas ante las adicciones: una estrategia desde la responsabilidad social corporativa”, Adicciones y el mundo laboral, 2014. Está disponible online: <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova25-20140102.pdf> En la misma o análoga línea vid. MORENO IRAGUI, Amaya et alii. “El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. una realidad que afrontar”, 2012 <https://www.preencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2012/alcohol-otras-drogas-en-ambito-laboral-realidad-que-afrontar> Apela al modelo de cooperación público-privado, entre muchos, como se verá, la Disposición Final CC del sector de limpieza de edificios y locales de Huelva.

De este modo, la EMCL aporta una útil herramienta científico-técnica para completar la actual aproximación médico-asistencial, prevalente en las prácticas más conocidas en nuestra experiencia, como se verá, con otra más integral y eficaz, propia de una visión o comprensión socioeconómica. Se trata no sólo de incidir de forma reactiva (una vez ya se ha identificado la adicción y su impacto sociolaboral: programas de asistencia y de continuación-retorno al trabajo) sino proactiva, primando la prevención primaria. En la Tabla 10 lo reflejamos de forma sintética.

Para tratar de ser más concretos y prácticos **pongamos dos ejemplos de la más reciente actualidad laboral**, aún muy diferentes entre sí, para ilustrar esta continuada tensión entre factores de riesgo versus factores de protección de naturaleza laboral en relación con el riesgo de adicciones para la población ocupada. Por un lado, el conocido de las trabajadoras camareras de piso. De otro, el de las personas que prestan servicios de moderación (control-censura) de contenidos en las redes sociales.

#### Estudio de casos.

#### El caso de las camareras de piso: la prevalencia del consumo de hipnosedantes y el entorno laboral como factores de riesgo/protección con enfoque de género.

Desde un punto de vista más general, existen notables evidencias científicas de la relación de mayor probabilidad de prevalencia de consumos de psicofármacos en las personas empleadas sometidas al denominado “estrés de deterioro de condiciones de trabajo”. En este sentido, la propia ECML (p. 33) pone de relieve que esa relación es de en torno a 3 puntos más. Ese mismo instrumento científico-estadístico confirma que hay un marcado sesgo de género en el consumo de hipnosedantes, además de sectorial. En determinados sectores (como hostelería) y actividades profesionales (ej. camareras de piso) la prevalencia de tales consumos respecto de la media es notable. Lo veremos de inmediato, en el próximo apartado.

Ahora, procede evidenciar, conforme a ciertos estudios sectoriales<sup>43</sup>, cómo estos colectivos profesionales toman conciencia de la alta interacción entre los factores del entorno laboral con este tipo

<sup>43</sup> Vid. Fundación de Prevención de Hostelería de las Islas Baleares (FPHIB). *Guía para la gestión de las drogodependencias en el entorno laboral del sector de la hostelería*, 2015, pp. 31 y ss.

**Tabla 10.** Cuadro valorativo sobre la tensión factores de riesgo y factores de protección en una empresa, a partir de su régimen de condiciones de trabajo.

FACTOR/VARIABLES	DE RIESGO	DE PROTECCIÓN
<b>Condiciones de empleo</b>	<b>Inseguridad en el empleo</b> Trabajo externalizado (exceso subcontratación)	<b>Cláusulas de seguridad o garantía de empleo</b>
<b>Condiciones contractuales: (relativas sobre todo a jornada y retribución)</b>	<b>Jornadas prolongadas e inseguridad de descansos</b> Devaluación de condiciones <b>Baja expectativa carrera</b>	<b>Cláusulas de conciliación de la vida laboral y familiar</b> progresión profesional <b>Mejoras acción social</b>
<b>Condiciones materiales: ambiente físico</b>	<b>Continuidad trabajos tóxicos</b> <b>Estrés térmico</b>	<b>Compromisos eliminación puestos tóxicos o peligrosos</b> Evaluaciones de factores de riesgos ergonómicos
<b>Riesgos Psicosociales</b>	<b>Elevada carga de trabajo</b> Ritmos intensivos <b>Nocturnidad/aislamiento</b> Insatisfacción relacional	<b>Evaluación de factores de riesgo psicosocial</b>  <b>Calidad de clima relacional</b>

FUENTE: Elaboración propia.

consumos, reclamando una mayor integración de esta gestión de las adicciones con las políticas de prevención de riesgos laborales. El citado estudio, realizado a través de grupos de discusión con diferentes colectivos del sector de hostelería, así como en análisis más recientes, que han motivado diversos conflictos, da voz al colectivo de “camareras de piso” (las conocidas “Kellys”) y expresa:

“...es agobiante...el ritmo de trabajo es muy intenso, vamos a contrarreloj... en la mañana te dan la chuleta de trabajo y te das de cabeza contra la pared... (...). Lo peor son las dolencias físicas, espaldas, cuello...y por otro lado la situación de...malestar psicológico... **Entonces, si me duele la cabeza, si me duele la espalda... voy a cualquiera de mis compañeras y tienen un cóctel y, además, se las toman si saber.**

Yo les digo ¿pero sabéis lo que estáis mezclando? El ibuprofeno con no sé qué y cosas más fuertes.

Además, se dan las recetas unas a otras y están totalmente dopadas... a partir de los 45 años ya tengo compañeras quemadas, **y a los 60 años, tras 25-30 años de servicio, están rotas (...)**”.

El Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDA), a través de la referida ECML, señala un incremento del consumo de estos fármacos del 5,7% en 2008 al 8,6% en 2014. Estudios estadísticos más recientes, evidencian que casi 7 de

cada 10 camareras de piso consumen fármacos de manera habitual para afrontar la tensión (ansiedad y estrés) y el dolor (muscular) que les producen las condiciones de empleo y de trabajo<sup>44</sup>.

<sup>44</sup> Estudios de CCOO, en el marco de los programas del PNSD, bajo el enfoque: **‘Tus derechos, la mejor medicina’**. 2019. <https://www.ccoo-servicios.es/archivos/camarerasmedicina.pdf> Se realizó en seis ciudades españolas de especial relevancia por su afluencia turística (Málaga, Madrid, Barcelona, Palma de Mallorca, Sta. Cruz de Tenerife y Alicante) a través de la técnica de investigación social consistente en grupos de discusión (6) y entrevistas en profundidad (15) con el personal del sector (camareras de piso), así como con profesionales del sector (servicios de prevención, médicos del trabajo). El estudio termina con propuestas de acciones para ayudar a reducir el consumo y a mejorar la situación que lo motiva, incidiendo, lógicamente, en las condiciones de empleo y de trabajo.



Este Estudio (se han realizado otros análogos para el personal de las residencias de personas mayores<sup>45</sup>, hoy en el ojo del huracán tras la incidencia dramática de la covid19) confirma la práctica evidenciada pro el anterior, según la cual la mayoría de los fármacos no son recetados, sino que se las pasan unas a otras a través del “boca a boca”.

**Es evidente que en esta prevalencia de consumos de hiposedantes** (si bien se trata claramente de una pauta de policonsumo: el consumo de unos -analgésicos, o los antiinflamatorios- lleva a otros -relajantes, ansiolíticos-) **aquí tienen gran relevancia los factores laborales** (sobrecarga ergonómica, presión psicosocial, etc.) en conjunción con significativas deficiencias preventivas. Se desvela, así, una clara **“brecha de protección”** que está actuando no ya sólo como “factor de riesgo” sino como “fuente de daños” a la salud (física y psíquica), también de malestar general. Así lo evidencia la STSJ Islas Canarias/Las Palmas, de 2 de julio de 2019, que estima el recurso interpuesto por el ITSS y confirma la sanción a una empresa hotelera por falta de evaluación ergonómica.

La sentencia es pionera en la aplicación de la perspectiva de género a la política de prevención de riesgos laborales, de modo que desvela una especial peligrosidad para la seguridad y salud de este colectivo de trabajadoras, infravalorada por el juez social al reproducir los estereotipos y prejuicios de género en este ámbito. Por lo tanto, razona el Tribunal, el concepto “peligrosidad” para la graduación de la sanción impuesta debe interpretarse conforme a la realidad actual e integrando la perspectiva de género. Además, advierte, con frecuencia este tipo de lesiones somáticas se presentan también acompañadas de síntomas psíquicos (ansiedad, depresión, etc.), debido a que el trabajo es monótono, repetitivo y

<sup>45</sup> Síntesis artículo divulgativo de RODRIGUEZ VALDÉS, J. -ÁLVAREZ BONILLA, I. **“Tus derechos, la mejor medicina**. En <http://docpublicos.ccoo.es/cendoc/054645TusDerechosMejorMedicina.pdf> En este caso, se trata de nueve grupos de discusión y 24 entrevistas en profundidad realizadas en nueve ciudades españolas entre personal del sector (gerocultoras, limpiadoras, enfermeras, servicios de prevención, representantes sindicales...). Un colectivo que, por sus condiciones laborales, también presenta un elevado consumo de fármacos y psicofármacos para paliar sus dolores musculares y rebajar su nivel de ansiedad. Un sector de servicios a personas cuyo trabajo está caracterizado, además, por la invisibilidad social, y la infravaloración, de trabajos de cuidar, por una alta feminización (con doble presencia trabajo-hogar), urgido de atención permanente para el cuidado de personas dependientes, **con la sobrecarga de trabajo emocional que conlleva** estos servicios a personas. Los testimonios obtenidos en los grupos de discusión resultan análogos. Así, las propias trabajadoras, lo expresan así: “Hay días que te duele hasta el alma”, limpiadora, 55 años; “No sé lo que me causa más dolor: las malas posturas o la agresividad y la falta de respeto”, enfermera, 27 años; “En general todas hablamos de los dolores físicos, pero el psicológico nos afecta mucho más”, gerocultora, 43 años. <https://alicanteplaza.es/un-alto-porcentaje-de-trabajadoras-de-residencias-de-mayores-se-medican-contra-el-dolor-muscular>

suele requerir un ritmo elevado (sobrecarga de trabajo por asignación arbitraria de habitaciones por jornada laboral), todo lo cual puede precipitar en situaciones de estrés. Por todo ello, razona la sala de suplicación canaria -en una línea análoga a la que subyace a los Estudios de campo apenas citados-, es evidente que no cabe calificar como “escasa”, sino como elevada, la peligrosidad generada para la salud psicológica (riesgo psicosocial por sobrecarga) y física de estos puestos, por lo que será calificado el incumplimiento preventivo como grave<sup>46</sup>.

Como vemos, aquí, los consumos problemáticos, incluso adictivos de sustancias por parte de este colectivo -altamente feminizado-, tiene una relación estrecha con los factores laborales. Consecuentemente, una adecuada gestión integral de la seguridad y salud de estas personas trabajadoras no sólo significaría una mejora de la prevención de riesgos laborales, sino un claro “factor de protección” frente al riesgo de adicciones a estas sustancias. Como vamos a comprobar de inmediato, no es casual que, conforme a la ECML, el sector de servicios a empresas sea uno de los de mayor prevalencia, muy por encima de la media, en el consumo de hiposedantes. En estos casos, el riesgo adictivo tendrías profundas motivaciones laborales por lo que resulta especialmente exigible una política de seguridad y salud en el trabajo (para camareras de piso, así como de otras personas que prestan servicios de cuidar con sobrecarga ergonómica y psicosocial, como los propios de las residencias de personas dependientes, que suman un plus de carga emocional, además) que incorpore expresamente su tratamiento.

### El tipo de gestión de la sobrecarga emocional del trabajo de moderación de contenidos en red como factor de riesgo/protección frente a consumos nocivos de alcohol: caso Facebook.

#### Empleos en la era digital y trabajo emocional.

Más recientemente hemos conocido otra situación análoga, si bien no tiene la misma dimensión de género y, en cualquier caso, afecta a una profesión absolutamente diferente a las apenas referidas, si bien hallamos un punto en común con algunas de ellas, como la sobrecarga de trabajo emocional. Conforme a

<sup>46</sup> La infravaloración de estas situaciones no sólo de riesgos sino de daños se aprecia igualmente, como una doctrina jurisprudencial también reciente ha evidenciado, respecto de su invisibilidad en el listado de Enfermedades Profesionales (EPPP). Así, aunque el síndrome está listado (ej. síndrome del túnel carpiano), no la profesión de camarera de piso. De ahí la labor integradora de la jurisprudencia. Vid. STS, 4, 122/2020, 11 de febrero.

una definición solvente de “trabajo emocional” (Morris y Feldman, 1996), por tal se entiende toda actividad basada en el

*“esfuerzo, la planificación y el control necesarios para expresar las emociones organizadamente deseables durante las transacciones interpersonales”.*

Ello es así porque la prestación de servicios desplegada implica la demanda tanto de la expresión de emociones (conducta expresiva) como la experiencia de esas emociones (sentimientos y pensamientos que acompañan a la emoción). Además, estas demandas emocionales concretas vienen reguladas por un conjunto de normas organizacionales sobre cómo debe comportarse el empleado en su interacción con la actividad. Como es sabido, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo elaboró, en el año 2003, una Nota Técnica Preventiva – NTP-, la 720, al respecto: “El trabajo emocional: concepto y prevención”<sup>47</sup>. Ahora bien, **a diferencia de los trabajos emocionales (TE) más típicos, que implican una interacción directa** (cara a cara, voz a voz) con otras personas (es el caso de quienes atienden en residencias de mayores, por ejemplo; o de las azafatas de vuelo), **del que ahora hablamos no conllevaría esa interacción directa, sino a través de canales digitales**, pues supone nuevos empleos virtuales (aun con viejos precedentes, como los “trabajos de censura”). La era digital y de predominio de las redes sociales impacta de lleno no sólo en el tipo de empleos sino también en sus condiciones de prestación, con una importante dimensión psicosocial y emocional, que requiere de específicas medidas preventivas para no devenir nocivo.

**La actualización en daños psicosociales de los factores de riesgo, incluyendo consumos problemáticos -algunos casos adictivos-, de alcohol en Facebook: la monetización del daño.**

En efecto, conocíamos recientemente que uno de los mayores gigantes de la nueva era digital, **Facebook, pagaría 52 millones de dólares** a las personas que lleven a cabo, o hayan realizado, servicios de “moderación” de contenidos en redes online<sup>48</sup>, como

<sup>47</sup> Fue redactada por el Equipo de Investigación WONT Prevención Psicosocial, Universidad Jaume I de Castellón (Esther Gracia-Isabel M. Martínez-Marisa Salanova).

<sup>48</sup> Extensamente, con un análisis de otras experiencias, en MOLINA NAVARRETE, C. Nuevos empleos virtuales (“moderación” de contenidos en red), viejas soluciones: ¿pluses de “toxicidad psicosocial digital”? <https://www.transformaw.com/blog/nuevos-empleos-virtuales-moderacion-de-contenidos-en-red-viejas-soluciones-pluses-de-toxicidad-psicosocial-digital/>

compensación por los numerosos problemas de salud mental generados. **Entre esos problemas está el consumo de alcohol en cantidades nocivas, respondiendo a conductas reactivas a estrés postraumático derivado de la dureza de las imágenes y mensajes que debe controlar, en aras del bienestar de las personas más vulnerables, paradójicamente y del civismo social en general.** El consumo nocivo -no consta cuántos casos son propiamente adictivos, sí su impacto en otras afecciones- respondería en gran medida a la interacción entre la propia personalidad, entorno familiar y la toxicidad psicosocial de su trabajo, factor ambiental al que habría que sumar el deterioro de ciertas condiciones de empleo y de trabajo con relación.

Que no se trata de problemas meramente individuales y por tanto externos a la organización de trabajo lo revelaría, entre otros, dos datos importantes, que afectan a la organización del trabajo en la empresa y también al propio modelo de negocio. En el primer aspecto, se ha constatado cómo existe una notable diferencia de condiciones de empleo y de trabajo de las personas moderadoras de contenidos en red (videos de pederastia, abusos sexuales, mensajes de odio, pornografía infantil, delitos informáticos contra personas vulnerables, etc.) contratadas directamente por Facebook -unos 12.000 en todo el mundo-, y aquellos que le prestan servicios a través de la gestión indirecta que supone la externalización parcial de esta actividad -más de 20.000-. Si en el primer caso pueden ganar más de 200.000 dólares al año, en el segundo apenas llegan a los 38.000 dólares anuales. En el segundo plano, conocida es la campaña de boicot que las grandes empresas le están haciendo a Facebook, retirando la publicidad de sus redes, por la laxitud mostrada, precisamente, en el control de información incívica en ellas.

**Otro modelo, practicado por diversas empresas del sector, es posible: la buena gestión puede convertir en factor de protección el riesgo de sobrecarga emocional.**

¿Constituye este impacto nocivo en la salud psicosocial de estos profesionales el precio a pagar por la actividad misma, sus “plus de peligrosidad o toxicidad psicosocial digital”? No, no lo creemos. Sin poder entrar aquí en detalle en esta cuestión, sí nos proporciona un magnífico ejemplo para confirmar la tesis aquí sostenida: **una adecuada política de seguridad y salud en el trabajo puede mutar un factor de riesgo psicosocial, incluyendo también las adicciones o consumos nocivos de sustancias, en un factor de protección psicosocial**, incluyendo la evitación de esos consumos problemáticos.

Los explicamos. El acuerdo conciliatorio judicial del que deriva el compromiso de pagar 52 millones de dólares por Facebook incluye, al tiempo, una política de protección más eficaz de las personas que prestan este tipo de servicios. Se ha obligado, pues, a revisar su protocolo de seguridad y salud para las personas moderadoras de contenidos (en especial imágenes), para evitar puedan ser dañinas para ellas. Las medidas incluyen:

**1. Medidas técnicas. Como omitir por defecto el sonido o reducir la claridad con la que se ven mediante su paso automático a blanco y negro.**

**2. Medidas asistenciales.** Además, las personas empleadas en estas labores tendrán derecho a una **atención semanal por parte de profesionales de la salud mental** y podrán compartir experiencias en terapias mensuales de grupo.

Pues bien, justamente, atendiendo a otros estudios sobre la situación de este nuevo colectivo profesional (serían más de 400.000 profesionales en todo el mundo) y para otras empresas, se confirma que **las personas empleadas en este tipo de actividades de empresas que sí disponían**, desde hace tiempo, **de un sistema de gestión más eficaz** de este riesgo psicosocial emergente, **expresan su satisfacción**. Cuentan cómo ver el cierre de sitios web a raíz de la actividad de moderación, formando parte de una labor civilizatoria y recibir cartas, incluso, de víctimas, que agradecen la ayuda, muy a menudo menores, en un entorno de retribución decente, conlleva una razón de bienestar añadido. **El daño emocional probable muta, así, en virtud de una acción preventivo-protectora eficaz, en un factor de bienestar, en un plus de salario emocional**. Así, creen:

**“El ambiente de trabajo es muy bonito. Sé qué esperar respecto del estrés, porque tengo una red de apoyo (psicosocial) adecuada a mi alrededor”(…).**

En suma, la evidencia científica que nos aporta la ECML se ve constatada con los Estudios cualitativos más recientes, atendiendo a determinados colectivos laborales, también con perspectiva de género. El resultado es que la relación entre factores sociolaborales (condiciones de trabajo y empleo y sistemas de organización del trabajo) con la prevalencia de las adicciones de la población laboral, ofrece nuevos indicadores y aporta innovadoras perspectivas para el abordaje en las empresas de este problema de salud, individual y colectivo. Puesto que buena parte de estos factores y riesgos de índole laboral asociados a los consumos problemáticos y situaciones adictivas son una competencia de autorregulación normativa convencional, no cabe duda de que entre los llamados a su aprovechamiento están los interlocutores sociales, mediante la acción de la autonomía colectiva, tanto sectorial como de empresa. Consecuentemente, como veremos en su momento, ahora el abordaje por la negociación colectiva de este tema admite una doble perspectiva o enfoque, o una combinación de ambas<sup>49</sup>:

**1.** Un abordaje sistemático y específico de la política interna de gestión integral de la cuestión de las adicciones en la población trabajadora, que incorpore, más allá de los compromisos programáticos, el triple nivel de intervención, prevención primaria, secundaria (protección) y terciaria (asistencia), que haga interactuar y condicionarse mutuamente los diferentes ámbitos.

**2.** Un abordaje más fragmentario y difuso del problema de los consumos nocivos por la población trabajadora, en el que se atienda al tratamiento convencional de cada factor de riesgo respecto de las adicciones, para cuidar que todos ellos o algunos muten en factores de protección. De este modo, la finalidad laboral de la regulación hallaría un importante complemento desde la transversalidad de la finalidad preventiva y de mejora de las condiciones de vida y de trabajo

Volveremos sobre ello al analizar el papel de la negociación colectiva en la materia.

<sup>49</sup> In extenso, AAVV. Drogas y Negociación Colectiva en sectores de consumo prevalente... ob. cit. pp. 69 y ss.



## 6. El indicador del sector de actividad como factor de incidencia en el riesgo de adicciones.

### 6.1. Una aproximación cuantitativa al indicador sectorial según la ECML.

Como venimos comentando, la ECML constituye, hasta el momento, la principal herramienta de estimación estadística de las incidencias de los consumos en el medio laboral en España. Entre las principales contribuciones que ofrece, para progresar de forma más significativa e innovadora en la gestión proactiva de las adicciones (no solo de las químicas o con sustancia, aunque sea las únicas que contemplan las precedentes, si bien se corregirá en la próxima, en elaboración), está la de revelar que, al igual que respecto de la seguridad y salud en el trabajo, también el concreto sector de actividad en el que se desenvuelve la prestación de servicios es relevante para comprender la tasa de incidencia de los consumos en la población trabajadora. En efecto, como se apuntó, la ECML evidencia que **el sector de actividad incide en la prevalencia de consumos nocivos, relevándose como factor de riesgo y, por tanto, también lo será a la hora de mutarla en factor de protección** frente a aquellos. Naturalmente, para ello, habrá de tomarse mayor consciencia de esa interrelación, lo que ahora no está normalizado.

Como es natural, que el sector de actividad económica influya de forma significativa en el riesgo de adicciones no es nada esotérico, ni extraño. Las características especiales o singulares de cada rama de servicios, por sí mismas, y, sobre todo, en interacción las condiciones de empleo y de trabajo más frecuentes en su seno, no pueden ser ajenas a los factores incidentes en los niveles de seguridad, salud y bienestar en el mismo. Y así, es bien conocido que cada sector presenta no sólo una diversa incidencia de los riesgos, sino incluso prevalencias distintas de la tipología de factores y riesgos (ej. en el sector servicios dominan los riesgos ergonómicos y los riesgos psicosociales; en la industria siguen siendo prevalentes los riesgos de seguridad).

En suma, una concepción socioeconómica de las adicciones en la población laboral, como la que alienta la ECML, no sólo biomédica e individual, deberá prestar especial atención a este indicador de sector. Una dimensión que ni es ajena, al contrario, a la OIT, ni siquiera a las empresas pioneras en la adopción de políticas proactivas al respecto. Es el caso de TELEFÓNICA, que justificó su política a tal fin atendiendo a la necesidad de “no quedarse atrás en la carrera con sus competidores”.

En datos, la ECML (Tabla 11)<sup>50</sup>, esta incidencia sectorial queda como siguen. A saber:

**Tabla 11.** Prevalencia del riesgo de consumos problemáticos por sector

	ALCOHOL	TABACO	HIPNOSEDANTES	CANNABBIS	COCAÍNA
Construcción	19,4	43,4	4,8	11,7	3,9
Hostelería	11,3	42,6	8,2	10,9	4
Agricultura	13,5	40,2	4,1	7,2	2
Actividades artísticas, recreativas, deportivas	7,3	34,1	6,5	10,4	5,6
manufacturas y suministros	11,6	36	6,6	6,2	2,4
Transporte, almacenamiento...	11,1	32,3	5	6,9	2,3
Comercio y reparación vehículos a motor...	8,7	33,5	6,2	6,6	2
Servicios a empresas	10,5	30	7,8	5	2,3
Servicios a personas	4	28,8	10,9	4,3	1,2
AAAPP (servicios)	8,4	25,8	8,6	3,6	1,3
<b>MEDIA</b>	<b>10,5</b>	<b>33,8</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>	<b>2,4</b>

 Por debajo de la Media  Por encima de la Media

FUENTE: Elaboración propia.

<sup>50</sup> Su importancia es reseñada por todas las Guías existentes en la materia, tanto de las de iniciativa sindical como patronal. De este modo, se evidencia la centralidad de los datos que aporta, de gran interés. Vid. FOMENT DE TREBALL NACIONAL. *Guía del Abordaje de la drogodependencia en el ámbito laboral*, 2014. Disponible en <https://www.diba.cat/documents/467843/73234193/Gu%C3%A0del+abordaje+de+la+drogodependencia+en+el+%C3%A1mbito+laboral.pdf/56b7e8e5-7a11-43e6-8fd2-dcac-bee28fe> También el Manual de CCOO. Formación sindical en drogodependencias, Cuaderno del Delegado, revisado al año 2016, pp.24 y ss. <https://www.ccoo.es/491b-0b2b3a1e53e4f2a4fa9929efb339000001.pdf> Manual de Drogodependencias y adicciones. Prevención en el ámbito laboral

## 6.2. (Breve) aproximación cualitativa al indicador sectorial como factor de incidencia en los consumos problemáticos y/o adicciones según la ECML.

Una incursión, aun breve, más de cerca, y desde un plano cualitativo, a los números nos permitirá no sólo reafirmarlos, sino comprenderlos mejor, para luego poder actuar de forma más sistemática, coherente y eficaz. Así, por ejemplo, **no es casual que en ese ranking de mayores incidencias de consumos aparezca el sector hostelero**, no solo con relación al consumo de hipnosedantes, situándose por encima de la media, ya indicado, sino también, y, sobre todo, respecto del consumo del alcohol. Aquí, la disponibilidad más intensa de bebidas alcohólicas, junto con determinadas condiciones laborales en el sector, llevan a un cóctel de mayor riesgo para consumos problemáticos, también para el riesgo de adicciones.

### El mapeo (codificación) convencional de los factores de riesgo-protección frente a las adicciones en el sector de hostelería

En el referido Estudio de FPHIB (Guía para la gestión de las drogodependencias en el entorno laboral del sector de la hostelería<sup>51</sup>, junto a la investigación relativa al colectivo de camareras de piso, se dio entrada a otros colectivos del sector, como las personas que trabajan en cocina. Su voz no arrojaba problemas distintos, si bien respecto, ahora, del consumo del alcohol, que el referido por las camareras de piso para hipnosedantes:

<sup>51</sup> No sorprende que aparezca este sector citado como ejemplo de incidencia del alcohol en el ámbito laboral en la práctica totalidad de las Guías elaboradas, a tales efectos, por las Mutuas. Grup Altra para ASEPEYO. El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, Madrid, 2016. [https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/LIBRO-CASTELLANO\\_ALCOHOL-Y-DRUGAS-2018-02-web.pdf](https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/LIBRO-CASTELLANO_ALCOHOL-Y-DRUGAS-2018-02-web.pdf) También aparece este tipo de referencias en Planes autonómicos, como el caso del VII Plan de Adicciones del País Vasco, 2017-2021 [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/acicciones\\_plan/es\\_def/adjuntos/VII\\_plan\\_adicciones\\_es.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/acicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf)

**“Tenemos momentos de muchísimo trabajo durante horas... los horarios no están programados y siempre hacemos más horas de las previstas... en los momentos de alza podemos hacer como mínimo 10 horas y con mucha presión... el alcohol... parece una herramienta de nuestro trabajo, es un problema tenerlo tan a mano...**

**Yo creo que necesitamos información..., sobre todo los más jóvenes”.**

*Trabajador de cocina de restaurante de Mallorca.*

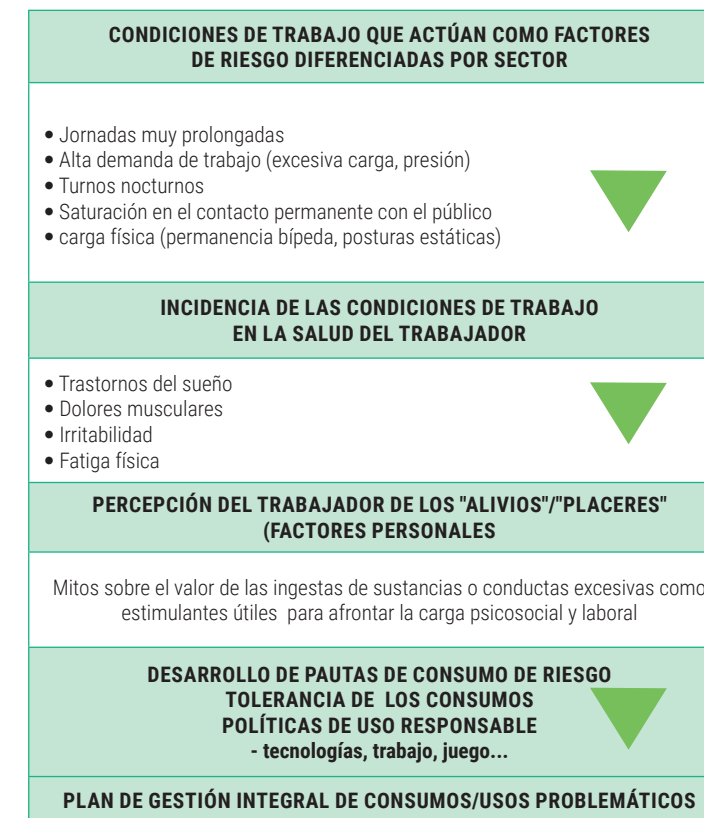
Otras fuentes de información evidencian, incluyan o no datos primarios para la estimación de las magnitudes de la incidencia, esta misma realidad<sup>52</sup>. El sector de la hostelería se muestra, así, como una rama de actividad especialmente vulnerable al consumo problemático de alcohol, aunque con diferencias entre sexos. Mientras en los hombres se aprecian las mayores prevalencias en el consumo excesivo de alcohol (y de cannabis), en las mujeres se detecta mayor consumo de hipnosedantes o psicofármacos. Consecuentemente, el sector de actividad económica emerge cada vez más, no ya solo la empresa, o incluso el centro de trabajo, como un ámbito relevante para actuar en materia de gestión proactiva del riesgo de adicciones. Según veremos con detalle, no pasa desapercibida esta dimensión a los interlocutores sociales, a través de una mayor atención sectorial a estas cuestiones, como veremos, con datos cuantitativos también, en el momento oportuno de este Estudio. Cierto, a menudo, esa mayor concienciación se queda en compromisos programáticos, de modo que, en términos generales, van a dominar las cláusulas convencionales de atribución a Comisiones Sectoriales Paritarias de Seguridad y Salud promover en las empresas del sector “estudios” y “programas” de mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Es el caso, precisamente, el *art. 53 del V Acuerdo laboral de ámbito estatal para el sector de la hostelería (2015-2019)*. En él se crea la Comisión Estatal Sectorial de Seguridad y Salud y le atribuye la competencia de:

<sup>52</sup> De interés resulta, a tal efecto, el análisis de los repertorios jurisprudenciales, que ponen de relieve una significativa presencia de situaciones disciplinarias vividas, por consumos de alcohol, y cannabis, en este sector. Vid. AAVV. (M. Miñarro Yanini, Coordinadora del Proyecto de Investigación). Adicciones en el trabajo a juicio de los tribunales: *¿Están acelerando o retrasando el cambio social?*, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Madrid, 2017.

**“Realizar estudios y evaluaciones de la incidencia del alcoholismo y la drogadicción en el sector...”.**

Desde esta perspectiva, sería muy práctico, útil, que el convenio colectivo de sector diera este paso, de modo que identifique (codificación convencional) y dibuje **el mapa sectorial de factores de riesgo de adicciones que implican ciertas condiciones de trabajo y formas de organización (Gráfico 7)**. A partir de ahí, cada empresa, a través de una vía de negociación colectiva, formal o informal, debería concretar, para su ámbito, el plan sectorial de intervención proactiva a comprometer en el convenio estatal.

**Gráfico 7. Secuencia de codificación convencional de plan de acción proactiva.**



**FUENTE:** MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO YANINI, M. y GARCÍA JIMÉNEZ, M.: *Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente. Balance y vías de progreso a la luz de la ENSD*, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2017, pág. 34.

Una línea de catalogación o codificación de este mapa de factores de riesgos que, con mención específica o no de los consumos problemáticos de sustancias, también se ha afrontado por otros convenios sectoriales especialmente relevantes. Como el sector del juego (ej. art. 76 CC Marco Estatal Empresas Organizadoras del Juego de Bingo)<sup>53</sup>.

### La prevalencia de consumos en el sector de espectáculos públicos y la incidencia de la ausencia de convenio regulador y de compromisos de prevención primaria

Lo mismo cabría decir de otros sectores de actividad y respecto de otro tipo de sustancias. Así, los trabajadores del **sector del espectáculo** público se colocan entre los de mayor consumo de sustancias psicoactivas, en especial cannabis. Así lo evidencia la ECML y lo reafirman otros más recientes (ej. Universidad CEU Cardenal Herrera, 2019), publicado en la publicación científica International Journal of Mental Health Nursing.

Se trata de una encuesta sobre los hábitos de consumo de drogas entre 284 personas empleadas del **sector del montaje de espectáculos**, festivales de música y eventos, caracterizados por un trabajo extremadamente estacional, incluso informal (se ha visto con la crisis de la covid19 y sus dificultades para hacer a la protección otorgada excepcionalmente) y una fuerte presión de trabajo. En él se halló que más de un tercio son consumidores habituales de cannabis (35 por cien), e incluso alcohol (36,6%). No obstante, la mayoría (66%) son policonsumidores de ambas sustancias. Curiosamente, en este Estudio (a cargo de la profesora Isabel Almodóvar Fernández, enfermera, química y técnico superior en riesgos laborales) las mujeres que se dedican a este sector consumieron alcohol con más frecuencia que los hombres, mientras que el consumo de cocaína resulta más frecuente entre los varones. Además de las duras condiciones de empleo, las largas jornadas a las que están expuestos están en la base de esta alta prevalencia (ej. se pagan por horas y si les ofrecen trabajar 24 horas seguidas, lo aceptan, aunque ello conlleve el consumo de alguna sustancia porque puede que mañana no trabajen), convirtiéndose el consumo a modo de precio a pagar por asegurar un salario, aun a costa de la salud, pues ejercer el derecho al descanso equivaldría a una pérdida de una oportunidad de salario, que

<sup>53</sup> Ampliamente, AAVV. Drogas y negociación colectiva... Ob. Cit. Pp. 77 y ss.



no suelen tener asegurada en modo alguno (factor de inseguridad económica).

Precisamente, uno de los argumentos que esgrimen para explicar este índice mayor de prevalencia de consumo es la ausencia de una regulación convencional para el sector. Asimismo, reconocen dificultades para percibir su adicción, según se evidencia en el Estudio

**“porque no piensan que tienen un problema. Para ellos es algo normal y no ven las consecuencias ni a corto ni a largo plazo. Es una manera de poder resistir las largas jornadas. Es más bien un facilitador para su vida diaria”.**

Volviendo a la ECML (2013-2014) comprobamos que no es un problema aislado, ni muchos menos, sino bastante extendido, lo que evidencia que **falla la más elemental prevención primaria en la materia**. Un análisis comparado **entre la ECML de 2007-2008 y la de 2013-2014** pone de manifiesto **que se ha reducido casi a la mitad el número de personas trabajadoras que reconoce algún tipo de tratamiento del problema en el seno de su empresa. La paradoja es evidente: crecen ciertos consumos, de ahí el mayor tratamiento, como veremos, en los convenios, sin embargo, su falta de visibilidad crece, ante el silencio organizacional interior.**

De ahí la importancia, como concluye y evidencia el Estudio de la Universidad privada referida -confirmando la de la ECML- **la utilidad de la prevención primaria -también de la secundaria-:**

*“cuando son conscientes de su baja calidad de vida en relación con la salud, aumenta su motivación al cambio de conducta en lo que respecta a las adicciones”<sup>54</sup>.*

### Creciente incidencia de abuso de psicofármacos en el sector de servicios a personas y la apertura convencional a la codificación de factores de riesgo-protección

Finalmente, por no alargar mucho esta primera aproximación cualitativa de refuerzo de los significativos datos estadísticos que arroja la ECML -volveremos con algún detalle más al seleccionar determinados sectores por su especial interés-, pondremos como otro ejemplo de

<sup>54</sup> Vid. Tesis Doctoral: “Evaluación del consumo de cannabis, cocaína y alcohol en trabajadores del sector del espectáculo y eficacia de una intervención motivacional breve de enfermería”, Valencia, 2016. Disponible online <https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/8546/1/Evaluaci%C3%B3n%20del%20consumo%20de%20cannabis,%20coca%C3%ADna%20y%20alcohol%20en%20trabajadores%20del%20sector%20del%20espect%C3%A1culo%20y%20eficacia%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20motivacional%20breve%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf> Una síntesis muy ilustrativa de los resultados, en *“Crece el consumo de drogas en montadores de espectáculos y festivales”* <https://cuidateplus.marca.com/salud-laboral/2019/07/16/crece-consumo-drogas-montadores-espectaculos-festivales-170698.html>



esas estrechas interacciones entre los factores sociolaborales y el riesgo de prevalencia de consumos en la población trabajadora, mediadas por el indicador sectorial, **el estado de prevalencias en el sector de servicios a persona, ya referido. Y ello también por el también mencionado sesgo de género que asume**. En efecto, tratándose de un sector fuertemente feminizado, la estimación-percepción de incidencia de los consumos, por lo que concierne, al alcohol, está muy por debajo de la media sectorial, como estaría por debajo, si bien aquí más próximo a la media, el consumo de tabaco, e igualmente en lo que concierne al cannabis. En cambio, según se apuntó, **el consumo de hipnosedantes se dispara por encima de la media hasta casi 3,5 puntos** (7,3 la media, 10,9 el sector de servicios a personas).

Al respecto, sin querer reiterar lo ya apuntado en el apartado anterior respecto de los diversos Estudios que correlacionan esta prevalencia de consumos problemáticos con las duras condiciones de empleo y de trabajo, en un escenario de no eficaz acción preventiva, ni anticipar en exceso lo que se comentará respecto de las respuestas dadas por ciertos **convenios relativos al trabajo de cuidar personas vulnerables**, sí creemos de interés poner en valor la creciente toma de conciencia sociolaboral sobre la faceta sectorial del problema por la autonomía colectiva. Ésta, consciente, de un problema en aumento, llama a políticas de gestión integral y proactiva de las adicciones:

**“(…) El inicio o incremento del consumo de drogas en el medio laboral viene en muchos casos determinado por... malas condiciones de trabajo. De ahí, que se estime conveniente incluir en este convenio... el siguiente plan integral... (…)”**

*Artículo 30 VII CC Marco Estatal de servicios de atención a personas dependientes*

Este Plan Integral, que el **art. 30 del VII Convenio Colectivo Marco Estatal (CCME) de servicios de atención a las personas dependientes** y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio), se enmarca, al igual que otros análogos de sectores conexos (como el de acción e intervención social<sup>55</sup>),

<sup>55</sup> Art. 55 (Principios generales ante las adicciones y drogodependencias) del II Convenio Colectivo Estatal de acción e intervención social 2015-2017. Vid. AAVV. Drogodependencias y Adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas, Ob. Cit. pp. 80 y ss.

en el doble principio de participación colectiva en toda la definición y práctica de la política de gestión proactiva del riesgo de consumos problemáticos-nocivos y /o adicciones, de un lado, y evitación de la potestad de sanción, de otro, e integra el típico triple ámbito de intervención (Tabla 12)<sup>56</sup>:

- a. prevención primaria** (acción educativo-comunicativa, corrección de factores de riesgo, potenciación de los factores de protección asociado al entorno laboral).
- b. asistencial** (facilitación y acompañamiento para los programas de tratamiento en orden a la deshabituación, buscando la continuidad ocupacional posible).
- c. Reinserción ocupacional** (promover el retorno al estado de salud normalizado y al empleo, aunque implicara una inicial adaptación).

Que el compromiso de prevención primaria no quedaría agotado únicamente en las técnicas comunicativas (acciones de sensibilización e información), más usuales, se refleja claramente en la

<sup>56</sup> En este mismo sentido vid. OSALAN. Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa, Ob. cit. pp. 5 9 y ss.; CCOO. Formación sindical en drogodependencias... Ob. Cit. p. 22. Foment del Treball Nacional. Guía del abordaje de la drogodependencia... Ob. Cit., p. 20, si bien pone más énfasis en la promoción de la salud y los indicadores de riesgo, incluyendo la acción disciplinaria en intervención.

inclusión, también en el capítulo dedicado a la Prevención Riesgos Laborales y Salud Laboral (Capítulo V), de la obligación, atribuida de forma no directa a las empresas (lo que sorprende, pues es su obligación es art. 14 LPRL), sino a cargo de la Comisión Paritaria del Convenio (art. 34. 2 d) del Convenio<sup>57</sup>), de:

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

Precisamente, entre las “competencias y facultades” que la Comisión Paritaria del Convenio Marco Estatal referido asume está, igualmente, la relativa a la elaboración de un “programa de actuación en el ámbito de las drogodependencias”.

<sup>57</sup> De forma análoga, si bien con diferente redacción, evidenciando algunas divergencias de comprensión de esta obligación muy notables, el **art. 49, párrafo 1 del CC del sector de empresas de acción social** (trabajos con personas vulnerables, igualmente), prevé que: **“en cumplimiento del deber de protección, la empresa garantizará la seguridad y salud del personal a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo y, en caso necesario, entregará, con carácter previo, a los trabajadores el protocolo de actuación para evitar los riesgos laborales y riesgos psicosociales”**.

**Tabla 12.** Niveles de intervención (no disciplinaria) sobre adicciones en la empresa.

FACTOR/VARIABLES	DE RIESGO	DE PROTECCIÓN
<b>Condiciones de empleo</b>	<b>Inseguridad en el empleo</b> Trabajo externalizado (exceso subcontratación)	<b>Cláusulas de seguridad o garantía de empleo</b>
<b>Condiciones contractuales: (relativas sobre todo a jornada y retribución)</b>	<b>Jornadas prolongadas e inseguridad de descansos</b>	<b>Cláusulas de conciliación de la vida laboral y familiar</b>
<b>Condiciones materiales: ambiente físico</b>	<b>Continuidad trabajos tóxicos</b> <b>Estrés térmico</b>	<b>Compromisos eliminación puestos tóxicos o peligrosos</b>
<b>Condiciones materiales: ambiente físico</b>	<b>Continuidad trabajos tóxicos</b> <b>Estrés térmico</b>	<b>Compromisos eliminación puestos tóxicos o peligrosos</b>
<b>Riesgos Psicosociales</b>	<b>Elevada carga de trabajo</b> Rítmicos intensivos	<b>Evaluación de factores de riesgo psicosocial</b>

FUENTE: Elaboración propia.

Esta expresa doble referencia adquiere hoy un especial sentido a la luz de los estudios referidos<sup>58</sup>. En estos sectores la prevalencia de ciertos consumos, como los hipnosedantes, y en especial por las trabajadoras (mayoritarias en estos sectores de trabajos de cuidar a personas vulnerables), se asocia a duras condiciones ergonómicas y psicosociales (sobrecarga física, plus de carga emocional, carga psicosocial, etc.). Por lo común, en las residencias de personas dependientes existe tanto una gran carga de trabajo como una intensa presión de tiempos. Si hay que levantar a diario a un número elevado de personas para que puedan satisfacer sus necesidades, y la plantilla se ajusta, los problemas de dolor físico aumentan con el estrés, alterando el sueño y, a veces, terminando en depresión.

En este escenario de malestar -ergonómico y psicosocial-, las trabajadoras, con una cierta frecuencia, para mantener -en vez de romper- este “círculo vicioso” entre un tipo de deficiencia preventiva y otra surge el remedio (atajo) del fármaco. Por eso, en este inquietante contexto sociolaboral, presenta una muy particular utilidad el mandato de autorregulación convencional, según el cual -análogo al que vimos formuló el Convenio Colectivo Estatal del sector de la hostelería-, la citada Comisión Paritaria (que “*asume las competencias reflejadas en...el Convenio, del cual emanarán las directrices para las comisiones de las comunidades autónomas*”):

**“Durante la vigencia del convenio colectivo realizará estudios sobre los riesgos laborales en el conjunto de los sectores regulados en el convenio..., que servirán como base para establecer medidas encaminadas a favorecer unas mejores condiciones laborales” (art. 34. 2. d), ab initio).**

<sup>58</sup> Un 22% de mujeres -el 90% de las plantillas son mujeres- de entre 55 y 65 años, sobre 550 de la muestra estudiada, los consume en base a los datos desvelados por los Estudios de CCOO. “Tus derechos, la mejor medicina”. Una síntesis, entre varias una amplia difusión: <https://www.eldia.es/sociedad/2019/11/05/22-trabajadoras-residencias-mayores-toma/1022285.html>



## 7. Por un modelo de intervención proactiva: del mapeo convencional de los factores de riesgo/protección al Plan Integral.

El mayor problema de esta evolución de la experiencia del mundo laboral español hacia sistemas más eficaces y proactivos de gestión de las adicciones en la población trabajadora, conforme a las recomendaciones de la OIT y en línea convergente tanto con la evidencia científica acumulada (también cuantitativa) cuanto con los renovados marcos institucionales (estatales, autonómicos), ya referidos, es no solo la ausencia de una suficiente normalización o difusión (lo veremos en el análisis específico a tal fin), sino la falta de concreción -sectorial y/o empresarial- de estos compromisos. Lo que le otorga un exceso de sentido programático (ya se considere contenido normativo típico, por dirigirse a las empresas, ya sea contenido obligatorio, por dirigirse a los firmantes del convenio y/o a sus estructuras de gestión del convenio colectivo), como prueba que, a menudo, se vaya arrastrando en las sucesivas versiones del convenio colectivo, sin garantía (dado que suele formar parte de los compromisos obligacionales, más que de los estrictamente normativos). Sería el caso de los últimos citados, aunque elijan formulaciones diferentes.

Desde esta perspectiva, y sin perjuicio de lo que se comentará con más detalle en el análisis convencional, llama la atención que, a pesar de la previsión expresa del VI CC Marco Estatal de servicios a las personas dependientes (el Comité Central de Seguridad y Salud concretará las medidas que integran tal programa de intervención), a cumplir “a la entrada en vigor del presente convenio”, el nuevo y vigente, el VII CC Marco Estatal de estos sectores, reitera, 6 años después, lo mismo. Más aún.

Ahora deja de atribuirse a la Comisión Central de Seguridad y Salud -que ha desaparecido, previéndose la sugerente figura de las personas delegadas sectoriales de prevención de riesgos-, para asignarse, como hemos visto, a la Comisión paritaria, que deberá asumir la misma misión, se entiende pendiente. En el caso del art. 55 del CC del sector de empresas de acción social, la concreción de estos principios programáticos se deja al desarrollo “en el ámbito de cada entidad, junto con la representación legal de los trabajadores, si la hubiera”. No fija tiempo alguno para tal concreción<sup>59</sup>.

Ahora bien, lo que no puede infravalorarse es que está trazado el camino de progreso, creándose científica e institucionalmente, y conocido socioeconómicamente, un modelo teórico suficientemente sólido y factible (viable), también en empresas de menores dimensiones, que goza de recepción entre los interlocutores

sociales, más allá de la efectividad y eficacia del modelo en su proyección práctica. El compromiso de inicial de codificación convencional del mapa de riesgos marca, pues, un camino de mayor proactividad, que debe, luego, concretarse en las evaluaciones de factores y riesgos de cada empresa. Valga el ej. del art. 25 CC de las empresas consignatarias de buques, estibadores y contratistas de operaciones portuarias de Las Palmas:

**“El Plan de Prevención General diseñado por las empresas, incluirá un programa de intervención en drogodependencias, con medidas articuladas a tres niveles: prevención, asistencia y reinserción. Sobre dicho Plan deben trabajar los Comités de Seguridad y Salud..., quienes recibirán la adecuada formación a cargo de la empresa, al objeto del correcto cumplimiento de esta cláusula (...)”**

Como vemos, que el camino esté ya bien trazado, no puede significar que sea único. El programa sectorial debe adaptarse a cada empresa. Los instrumentos serían tres:

**a) Evaluación de riesgos** (identificar los factores de riesgo del contexto laboral y conocer la percepción que, sobre ellos, tienen los trabajadores).

**B) Vigilancia de la salud** (exámenes para detectar, de manera precoz, la situación de consumo en el colectivo de trabajadores; nunca como selección de personal).

**C) Intervención preventiva** (Corregir factores de riesgo para mutarlos en factores de protección; sensibilizar/Informar/Formar a los trabajadores para superar las creencias que se tienen del consumo y adecuar la percepción del riesgo).

Una clarificación de esta secuencia del plan de intervención proactiva en las empresas frente al riesgo de las adicciones también facilitaría una mayor concienciación por parte de los interlocutores sociales del balance, en cada sector -y unidad convencional- entre los principales factores de riesgo/factores de protección. Así queda reflejado en el Gráfico 8<sup>60</sup>.

<sup>59</sup> Para un detenido análisis de las diferencias de regulación vid. AAVV. Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas... ob. Cit. pp. 80 y ss.

<sup>60</sup> Vid. AAVV. La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones... Ob. Cit. p.

Gráfico 8. Estructura y dinámica del plan de gestión integral y proactivo sobre los factores de riesgo-protección para las adicciones en el entorno laboral.



## 8. El tratamiento directo (específico) en la negociación colectiva estatal de las adicciones en el lugar de trabajo.

## 8.1. Planteamientos generales: motivos para un optimismo moderado y algunas paradojas.

El III Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva (2015-2017) incluyó, como materia relativa a la prevención de riesgos laborales y protección de la salud en el trabajo, la siguiente recomendación –vigente en este punto por la remisión que se hace en el compromiso primero del IV Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva, que no incluye nada de forma específica al respecto- la siguiente recomendación:

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

No cayó en “saco roto” esta recomendación de los interlocutores sociales al máximo nivel (“diálogo social en la cumbre” del sistema español de relaciones laborales). Desde este compromiso pactado, el tratamiento de la cuestión de las adicciones en el entorno laboral por la negociación colectiva no sólo ha crecido (valoración cuantitativa), sino que también ha mejorado (plano de análisis cualitativo). Por supuesto, esta afirmación ni quiere ni puede ser complaciente con el estado actual del arte convencional en esta materia, pues para la satisfacción del referido compromiso de diálogo social estatal aún queda un largo y duro trecho por recorrer a cargo de las diversas unidades negociadoras. Pero sí implica una valoración moderadamente optimista, doblemente, como se apunta.

En el plano cuantitativo (como veremos con magnitudes concretas en su momento), porque en el quinquenio que va desde la firma del III AENC hasta finales de 2019, son más los convenios que incluyen, como una materia propia de interés negociador de naturaleza colectiva, la cuestión (social) de las adicciones. Aunque no pueda decirse, ni mucho menos, que esté extendida o normalizada, porque dista mucho de ello, sí hay se constata un crecimiento neto de unidades de negociación, sectoriales y de empresa, así como de clausulados convencionales, que hacen algún tipo de previsión (compromiso) al respecto.

Eso sí, por lo común, se trata de adicciones con sustancia, que constituyen el tipo más tradicional, pues hoy ganan peso las adicciones conductuales, como se dijo en la primera parte de este Estudio, y los compromisos logrados forman parte más bien de las “cláusulas obligacionales” que propiamente “normativas”, si bien, como veremos, hay una gran variedad de tratamientos al respecto.

En el plano cualitativo, quizás el más significativo en este ámbito, se constata que también se han enriquecido los tratamientos convencionales en esta materia, incluso hay unidades negociadoras que han reorientado los mismos. Así, han pasado del enfoque más tradicional y extendido (este sí muy generalizado), las adicciones como problema individual de las personas empleadas afectadas y relevante para la empresa solo desde una perspectiva disciplinaria, a otros más variados y complejos, en los que la vertiente disciplinaria o bien se modula (suaviza) o bien, incluso, es desplazada por otra típica de gestión de salud laboral. Entre una vía de reorientación de tratamientos y otra hay una amplia gama de tratamientos.

En suma, cabe constatar, como hecho objetivable, un claro aumento de lógica no sancionadora este tiempo. Por lo tanto, si bien es siempre difícil una valoración de la posición en la cual puedan ser calificadas las diversas medidas no sancionadoras dentro de una visión evolutiva en el tratamiento de las adicciones; tanto más si no se trata de factores homogéneos, es innegable una notable progresión en la filosofía que late detrás de la autorregulación convencional de esta materia, especialmente compleja y evolutiva. Así lo evidenciaría la propia Estrategia Nacional sobre Adicciones, que adquiere, si bien no suele referirse nominalmente en la regulación colectiva, un creciente peso tanto en su fin como en sus instrumentos.

Asumiendo de partida tal dificultad, cabe ordenar el análisis en torno a tres núcleos fundamentales. A saber:

**a)** Búsqueda de alternativas que modulen la sanción disciplinaria, pues si bien no dejan de concebir las adicciones como un “problema” del trabajador, suponen un paso adelante, en tanto portadoras de sensibilidad por la situación de la persona afectada y el interés en facilitar su recuperación;

**b)** de otro, la vigilancia de la salud ex art. 22 LPRL, vinculada casi exclusivamente a adicciones con sustancia. Es el más poliédrico de los tres escenarios, o al menos, el de mayor variedad de planteamientos.

Así, oscila entre la orientación de los test (pruebas) de control (detección) de consumos problemáticos asociada al ejercicio de potestades disciplinarias (la más polémica, incluso en el plano constitucional), hasta su integración como medida fundamental en programas de tratamiento y reinserción de la persona trabajadora víctima de la dependencia de que se trate (la más ajustada al imperativo de la gestión de la seguridad y salud);

**c)** y, en fin, las iniciativas que asumen un punto de partida diferente, en el cual la prevención, la asistencia y la rehabilitación, que no la sanción, se convierten en el fundamento para tratar el problema en el seno de la empresa. Las iniciativas van desde acciones de gran sencillez, que ponen de manifiesto el cambio de perspectiva y/o la ampliación de la atención a otras adicciones sin sustancia (en lo fundamental la ludopatía y el incorrecto y abusivo uso de las tecnologías de la información), hasta alcanzar el nivel de las mejores prácticas, situadas en planes completos destinados al abordaje de las adicciones en el trabajo, pasando por el esbozo o intención de proyectos a corto o medio plazo.

El optimismo valorativo es pues relativo, moderado, porque ni el número es todavía lo suficientemente representativo para convertirse en un clausulado frecuente, ni mucho menos sería mayoritario respecto al tradicional disciplinario, ni la innovación alcanza tampoco el nivel esperable, en aspectos tales como las adicciones conductuales. Ni, por supuesto, los enfoques de gestión integral, el último y óptimo escenario contemplado, se extienden más allá de un puñado, significativo, pero minoritario, de unidades colectivas, sean sectoriales sean de –grandes- empresas.

Asimismo, esta relativización proviene de hallar algunas paradojas. Una de ellas, según también se analizará con algún detalle, en especial al atender más de cerca el estado de la cuestión en Andalucía, es la relativa al contraste que supone que hayamos visto crecer la inquietud convencional por estos tratamientos y, sin embargo, por lo que hace a su proyección concreta en la gestión ordinaria de las empresas constatemos:

a) sea un cierto estancamiento en la formalización procedimental de esta tipología de compromisos (los protocolos de gestión proactiva y/o asistencial de las adicciones en la población laboral)  
b) sea la persistente visión estigmatizadora de tales decisiones en un buen número de empresas, aún convencidas de su utilidad, e incluso facilitadoras de algunas de estas medidas de garantía ocupacional, pero de manera informal, invisible.

## 8.2. Alternativas moduladoras de la sanción: facilidades para la recuperación.

Primeras en el tiempo y obedientes a la filosofía de que la persona trabajadora víctima de una adicción no debe sufrir una segunda penalización, la pérdida de empleo, se han ido desarrollando tratamientos convencionales que buscan flexibilizar, moderar, el

tratamiento sancionador, que se mantiene. Así, cabe localizar dos tendencias a tal fin:

- 1) Las cláusulas convencionales que pretenden evitar un exceso de celo aplicativo del régimen punitivo previsto, evitando el rigor de la sanción máxima.
- 2) Las cláusulas convencionales que prevén vías previas para que la persona trabajadora pueda afrontar “su problema adictivo” y eludir la manifestación, no deseada por ninguno de los dos sujetos de la relación, del poder del empleador.

### 1) La tipología de cláusulas con incidencia en el tipo de la infracción o en la graduación de la sanción.

Destacables resultan los convenios que, sin abandonar la perspectiva de reproche a la conducta del trabajador, matizan su entidad en función de una doble circunstancia:

- a) En algunas experiencias de autorregulación convencional, se condiciona la operatividad de la sanción al previo cumplimiento de la obligación recíproca que cargaría sobre la empresa de poner medidas útiles para que la persona trabajadora supere la situación, que califica como enfermedad (deber social de protección empresarial).

Aunque no son las más frecuentes, no dejan de ofrecer algunos ejemplos ilustrativos. Es el caso, del art. 37. 3 f) del vigente CC ESTATAL del Sector de Desinfección, Desinsectación y Desratización, según el cual, incluido dentro del capítulo del régimen disciplinario (no en el de salud laboral, que es el capítulo anterior), se valorar como infracción contractual muy grave:

**a) “f) la embriaguez habitual durante el trabajo siempre que afecta al rendimiento normal del trabajo y la empresa haya puesto los medios para que el trabajador supere dicha enfermedad”.**

Tres son las condiciones (a modo de “barreras” o “diques” para evitar la sanción, pues) exigidas para que opere el poder disciplinario en su máxima expresión. A saber:

Primera. La **habitualidad** de la embriaguez (vemos como se toma solo la parte –una dependencia, la del alcohol-, en vez del todo –las adicciones, aun con sustancia. La ausencia de

“habitualidad” no deja de reclamar el poder disciplinario, solo que se trata como infracción (solo) “grave” (art. 37.2.j) “La embriaguez no habitual en el trabajo”). La nota de habitualidad evidencia que hay un problema psicosocial importante, no ya de un mero comportamiento problemático.

Segunda. **Que perjudique el rendimiento normal del trabajo**, por lo que no basta con constatar la conducta, sino que se trata de un tipo de influencia laboral. Se insiste en que, si no influye laboralmente, no por ello deja de provocar reacción disciplinaria, pero se “rebaja” a infracción grave. Vemos, pues, una cierta paradoja en este convenio. Se va más allá en el rigor disciplinario del previsto legalmente, que solo contempla la sanción en el caso de influencia de la conducta en el trabajo, no en otro caso. Aquí estaríamos ante un tipo de infracción laboral de conducta, aun sin influencia en el rendimiento (no es un tipo de resultado efectivamente dañoso a la empresa)

Tercera. La efectiva puesta a disposición, a cargo de la empresa, para la persona trabajadora afectada por esta situación, que califica de “enfermedad” (aunque no establece cómo se identifica tal, tratándose de un dato personal especialmente protegido), de medios adecuados para su superación. Tampoco se dice cuáles.

**b)** La tipología de cláusulas convencionales –mucho más frecuentes- que troca o suspende la reacción disciplinaria, facilitando una solución asistencial –por lo general a cargo de terceros- a condición de que la persona empleada acepta la propuesta de participar en un proceso de tratamiento o terapia de rehabilitación (deber de autoprotección como condición necesaria para hacer efectiva la carga empresarial de suspender su poder disciplinario en tal caso).

Tratándose de una opción recurrente, o al menos más usual que la primera, son también numerosos los matices que podemos hallar en este segundo supuesto. Destacan las siguientes:

**1.-** Diligencia individual en el desempeño: constatada determinación de que la persona trabajadora pone todo de su parte para “normalizar tanto su salud como su vida laboral”<sup>61</sup>.

**2.-** Correlato lógico a la anterior demanda resulta ser que solo excepcionalmente ha lugar a una “renuncia” al ejercicio de acciones punitivas cuando se ha optado por el sometimiento a terapia<sup>62</sup>.

<sup>61</sup> Art. 62.6 CC Grupo ASV Servicios Funerarios (BOE núm. 49, 26 febrero 2015).

<sup>62</sup> Art. 49.3 CC Sector de Empresas Alquiladoras de Grúas Móviles Autopropulsadas de Cantabria (BO Cantabria núm. 102, 25 mayo 2018); si bien, en este caso, se mantiene en el art. 47 r) la calificación como falta grave, “sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 58” (precepto que no existe).

**3.-** Ocasionalmente se añaden un tiempo límite al beneficio (“sin que a través del mismo”<sup>63</sup>).

**4.-** Las garantías de procedimiento que pueden acompañar a tal solución: comunicación a los órganos de representación de las personas trabajadoras –previa autorización expresa del interesado– o la habilitación de reuniones ad hoc con el comité de seguridad y salud (aquí emerge más claramente la dimensión de salud laboral del problema), adoptando las medidas necesarias para garantizar la máxima confidencialidad y respeto a la intimidad del afectado, así como el archivo de las actuaciones una vez acreditada la superación del proceso individual de desintoxicación<sup>64</sup>.

Al lado de la modulación o configuración de alternativas al tipo de infracción, en otras ocasiones las previsiones convencionales actúan directamente sobre la sanción:

**a)** bien para eliminar la consideración como falta muy grave cuando obre un informe facultativo de la adicción que padece la persona trabajadora<sup>65</sup> o que se pueda determinar por cualquier otra vía. En esta tipología incluimos la vía indirecta de acceso a una incapacidad temporal o permanente temporal por este motivo (por ejemplo: art. 66.15 CC Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía -BOJA 212, 2 noviembre 2018-).

**b)** bien, precisamente, por “aceptar someterse a tratamiento de superación de su adicción”<sup>66</sup> (esta redacción de la norma convencional es más acorde con la complejidad de la tipología de adicciones en nuestro tiempo, pues incluiría, en aras del principio de igualdad de trato, tanto adicciones con sustancia

<sup>63</sup> Art. 30 CC Sector de Empresas de Transporte de Mercancías por Carretera de Segovia (BOP Segovia núm. 45, 15 abril 2019) y art. 60.3 j) II CC Nacional de Servicios de Prevención Ajenos (BOE núm. 242, 7 octubre 2017).

<sup>64</sup> En cláusula de estilo que acompaña a distintos convenios colectivos del Sector de Limpieza de Edificios y Locales de Castilla y León, conforme recoge el art. 39 CC de Zamora (BOP Zamora núm. 116, 10 octubre 2018); art. 38 CC de Segovia (BOP Segovia núm. 114, 21 septiembre 2018); art. 38 CC Salamanca (BOP núm. 180, 17 septiembre 2018); art. 36 CC de Palencia (BOP Palencia núm. 105, 31 agosto 2018) o art. 42 CC de León (BOP León núm. 98, 23 mayo 2018). Igual ocurre con los arts. 39 CC Industrias Siderometalúrgicas de Segovia (BOP Segovia núm. 145, 3 diciembre 2018) o disp. adicional 3ª g) CC Industrias Siderometalúrgicas de Ávila (BOP Ávila núm. 130, 8 julio 2019).

<sup>65</sup> Art. 34.3º h) Texto Refundido CC Corporación de Prácticos del Puerto y Ría de Vigo, SLP (BOP Pontevedra núm. 193, 7 octubre 2016).

<sup>66</sup> Art. 42 Torrebi, SA (BOP Valencia núm. 126, 3 julio 2019). En línea similar, si bien tienden a acotar el tratamiento a las adicciones con sustancia –embriaguez y toxicomanía-: art. 98 g) III CC Marco del Grupo Viesgo España (BOE núm. 186, 2 agosto 2018); art. 32 VII CC de Unión de Detallistas Españoles, Sociedad Cooperativa Trípole, SA y G-3 Servicios y Asesoramiento, SA (BOE núm. 84, 31 julio 2018) o art. 40.2 CC Confederación Sindical Comisiones Obreras de Andalucía (BO Junta de Andalucía núm. 134, 12 julio 2018).

como sin sustancia). En estos casos, tal sometimiento aparece, en el plano jurídico, como “atenuante o eximente” de la infracción. El abandono del tratamiento prescrito, en cambio, o la reincidencia, se reprueba como una falta muy grave.

## 2) Tipología de cláusulas que prevé facilidades (beneficios) para la recuperación del trabajador afectado.

Distintos convenios cargan sobre la empresa reconocer facilidades para que la persona trabajadora afectada pueda acogerse a programas de desintoxicación. Para ello se precisa una condición previa: que se haya comunicado a la empresa su problema o este haya sido detectado en un reconocimiento médico<sup>67</sup>.

También aquí encontramos mucha variantes y matices. De ellos se deriva un diferente modo colectivo de identificar o comprender el problema de las adicciones en el trabajo. En varios casos, esta atención al problema de la persona trabajadora no parece ir más allá de constituir la expresión preclara de concepción individual, como una cuestión que en exclusiva concierne a la persona afectada, con quien, por supuesto, se “solidariza” el empleador antes de tener que llegar a otras decisiones que pudieran cuestionar, desde el punto de vista disciplinario, de rendimiento o de deterioro de la imagen corporativa, su conducta y comportamiento<sup>68</sup>.

Esta comprensión médico-individualista aparece de forma clara cuando la autorregulación convencional proclama la intención de favorecer los procesos de deshabituación y reintegración, pero se añade, a renglón seguido, que tendrá lugar **“sin que ello suponga asunción de coste alguno para la empresa”**<sup>69</sup>. O, en todo caso, cuando el pase a otras situaciones que implican la continuidad ocupacional de la persona afectada y sometida a tratamiento de

<sup>67</sup> Ej. art. 30 CC Sector de Empresas de Transporte de Mercancías por Carretera de Segovia (BOP Segovia núm. 45, 16 abril 2019) y art. 48 CC Médicos del Mundo, SL (BOE núm. 34, 8 febrero 2019); o art. 39 CC Sector de Industrias Siderometalúrgicas de Segovia (BOP Segovia núm. 145, 3 diciembre 2018).

<sup>68</sup> Así subyace en los convenios que, en un primer momento, tratan a la persona trabajadora como aquejada de una genuina enfermedad y lo encaminan a los servicios médicos para la recuperación antes de que cometa acciones que merezcan la aplicación del régimen disciplinario; en segunda instancia, y si comete alguna infracción, contempla que se le aplicará el mismo rigor que a cualquier otro empleado, art. 49 d) CC Grupo Parcial Cepsa (BOE núm. 52, 28 febrero 2018); con variante que añade, además de la posible sanción, la retirada de cualquier actividad de conducción, art. 36 CC Centro de Trabajo de Fomento de Construcciones y Contratas en Logroño (BO La Rioja núm. 92, 2 agosto 2019).

<sup>69</sup> Ej. Sector de Limpieza de Edificios y Locales de algunas provincias de Castilla y León, según constan en los supra mencionados arts. 29 CC de Zamora (BOP Zamora núm. 116, 10 octubre 2018); art. 36 CC de Palencia (BOP Palencia núm. 105, 31 agosto 2018) o art. 42 CC de León (BOP León núm. 98, 23 mayo 2018). Igual ocurre con los arts. 39 CC Industrias Siderometalúrgicas de Segovia (BOP Segovia núm. 145, 3 diciembre 2018), etc.

desintoxicación se identifica siempre con las que no impliquen coste –ni de adaptación ni de retribución- para la empresa. Es la solución de la excedencia voluntaria o excedencias especiales ad hoc, pero siempre con carácter no retribuido o a combinaciones de varias de estas soluciones<sup>70</sup>.

<sup>70</sup> Art. 29.2º in fine CC Grupo de Empresas de Servicios del Real Automóvil Club de España (BOE núm. 95, 21 abril 2015). Art. 34.1 CC Feix Servicios Integrales, SL (BOP Valencia núm. 48, 9 marzo 2017). art. 25.5 B) CC Ombuds Servicios, SL, Protección Castellana, SLU y UTE Thyssen (BOE núm. 167, 11 julio 2018); art. 21 CC Acciona Facility Services, SL (BOP Valencia núm. 224, 22 noviembre 2017).



### 8.3. La detección precoz de las adicciones en la empresa: ¿vigilancia de la salud laboral o control eficaz?

Una parte significativa del crecimiento del interés convencional por el problema de las adicciones en la población trabajadora y su detección precoz, antes del momento de la sanción, se debe a la **proliferación del tema de las pruebas de cribado de consumos. Es también de las más conflictivas**, por sus valoraciones encontradas.

En efecto, es, con toda probabilidad, el ámbito donde se mezclan las filosofías más enfrentadas en el abordaje del consumo problemático, no ya sólo de las adicciones en el trabajo, pues conviven posiciones extremas. Así:

**a)** Para unos, supone la búsqueda de una prueba “científica” (no ya la indiciaria que pueden aportar los testigos) del incumplimiento de a persona trabajadora.

**b)** Para otros, implica una auténtica renuncia a cualquier propósito sancionador para manifestar su comprensión al servicio de la salud integral y el bienestar de las personas, también en aras de la rentabilidad e imagen de la empresa. Para lo que tales pruebas no tendrían otra utilidad que anticipar el conocimiento de las situaciones conflictivas para mejorar la eficacia del tratamiento y rehabilitación de las personas empleadas que padecen el problema de salud psicosocial.

Lógicamente, también aquí hallaremos una extraordinaria heterogeneidad en los modos de regulación de esta cuestión, pudiéndose señalar las siguientes:

**1.-** Con carácter absolutamente mayoritario se proclama el carácter obligatorio para la persona trabajadora de estos test<sup>71</sup>, aun cuando no siempre se busca –o si se ha pretendido, dista de haberse logrado– el anclaje finalista relativo a la seguridad y a la salud necesaria, como con demanda el Tribunal Constitucional. Peculiar es el supuesto en que la obligatoriedad o no dependerá, en el caso concreto, de cuanto considere el comité de seguridad y salud (ej. art. 87 in fine CC Agencia de Medio Ambiente y Agua de Andalucía –BOJA n. 245, 20 diciembre 2018).

<sup>71</sup> Ej. art. 52 CC Empresa Regional del Campo (BO Canarias núm. 205, 23 octubre 2018) o, siguiendo su literal, art. 33.4 CC Sector de Empaquetado de Tomate de la Provincia de Las Palmas (BOP Las Palmas núm. 157, 31 diciembre 2018); permitiendo que los empleados que no quieran someterse puedan manifestarlo así y quedar “excluidos de la lista del personal a contrastar”, art. 33 CC Terminales Químicos, SA –TERQUIMSA–, Centro de Trabajo de Barcelona (BOP Barcelona 12 noviembre 2019).



**2.-** Similar observación procede cuando se incluyen análisis de consumos en los reconocimientos previos o inmediatamente posteriores a la contratación<sup>72</sup>. En su mayor parte, repiten igual contenido en los reconocimientos anuales. Habitual es, por otro lado, la referencia a la necesidad de estar y pasar por estas pruebas cuando el empleado muestre signos evidentes y ostensibles de intoxicación.

No es infrecuente, en este último caso, que se demande a compañeros, superiores o terceros que puedan corroborar la situación como cualificados testigos de tal supuesto de afectación<sup>73</sup>. Como también recurrente es el establecer una correlación “casi natural” entre el desconocimiento de la obligación de someterse a estas pruebas y la sanción por falta grave o muy grave, con tratamiento idéntico al dispensado a quien hubiere dado positivo, lo que resulta desproporcionado<sup>74</sup>.

**3.-** En íntima relación con la alternativa entre tipos de pruebas de cribado se encuentra el dato de contemplar –o no– alguna referencia a la necesidad de remitir para su práctica, ya a una imprecisa referencia a “la normativa general”<sup>75</sup>, ya –mejor– a

<sup>72</sup> Extendiéndose a los dos tipos de exámenes, art. 54.4.1º CC Vía Augusta, SA (BOP Zaragoza núm. 127, 6 junio 2019); art. 21 CC Transporte de Viajeros por Carretera de Alicante (BOP Alicante núm. 55, 20 marzo 2019) y art. 54.4 CC Carburos Vía Augusta Logistics, SL (BOE núm. 277, 16 noviembre 2018). Previsto solo para trabajadores de nueva incorporación en art. 44 in fine CC UTE Valls i Cespa del Grupo Ferrovial, SA, en el Municipio de Valls (BOP Tarragona 10 octubre 2019) y Cap. IX CC Transmol Logística, SLU (BOP Huelva núm. 20, 21 enero 2017).

<sup>73</sup> Exigiendo prueba de testigos, art. 23 CC Sector Metal Comercio de Zamora (BOP Zamora núm. 89, 9 agosto 2017); confiando en que así lo hubieran advertido compañeros y/o superiores, art. 40.3 CC Zahoz, SL (BOP Toledo núm. 177, 23 junio 2017); añadiendo a los testigos la presencia, siempre que fuera posible, de un representante de los trabajadores, art. 36 CC Centro de Trabajo de Fomento de Construcciones y Contratas en Logroño (BO La Rioja núm. 92, 2 agosto 2019); art. 39 CC Valoriza Servicios Medioambientales, SA, en Sto. Domingo de la Calzada (BO La Rioja núm. 12, 28 enero 2019); art. 30 Centro de Trabajo de Urbaser, SA, en Alfaro (BO La Rioja núm. 121, 18 octubre 2017). Estableciendo la obligación de los trabajadores de poner estas circunstancias en conocimiento de la dirección de la empresa o de los representantes de los trabajadores, art. 32 CC Velpa, SA (BOE núm. 116, 16 mayo 2017).

<sup>74</sup> Entre muchos más, por su relación con estas modalidades específicas de test de control, art. 37 III CC Autopista Central Gallega, Cesa (BO Galicia núm. 31, 17 febrero 2020); art. 23 CC Servicios Integrales de Transporte de Viajeros Avant Group, SL (BOP Barcelona 15 enero 2020); art. 11 CC Kautras, SL (BOP Barcelona 10 julio 2019); art. 16 CC Igoa y Patxi, SL, de Egüés (BO Navarra núm. 102, 28 mayo 2019); Cap. XI CC Boteros Amarradores de Tarragona, SL (BOP Tarragona núm. 234, 7 diciembre 2018); art. 13 CC Autocares Canals, SA (BOP Barcelona 22 junio 2018); art. 11 CC Autocares Santa Susanna, SL (BOP Barcelona 24 octubre 2017); art. 40.3 CC Zahoz Gestión, SL (BOP Toledo núm. 117, 23 junio 2017); o, en fin, art. 20 in fine CC Cofares Canaria, SA (BOP Sta. Cruz de Tenerife núm. 29, 8 marzo 2017).

<sup>75</sup> Art. 21 CC Acha Movilidad Enkarterri, SA (BO Bizkaia núm. 138, 5 julio 2017); art. 40.3 CC Zahoz Gestión, SL (BOP Toledo núm. 117, 23 junio 2017) o art. 20 in fine CC Cofares Canarias, SA (BOP Sta. Cruz de Tenerife núm. 29, 8 marzo 2017).





“Por ello, y aunque no haya regulación específica sobre el consumo de alcohol y otras drogas, como riesgo laboral propiamente dicho, desde el mismo momento en que dichos consumos, por parte de algún empleado, pudiera generar un riesgo para él mismo o bien para el resto de trabajadores [personas trabajadoras] al servicio del empresario, **este tomará todas aquellas medidas preventivas que sean necesarias para que ese riesgo sea eliminado.** Dando así cumplimiento al artículo 15.1 a) y b) de la PRL...”

Todo ello, regulado en concordancia con lo dispuestos en los artículos 18 y 20.3 del Estatuto de los Trabajadores y demás legislación de aplicación”.

En un modelo de autorregulación convencional análoga, con la promoción de una política empresarial igualmente proactiva, se sitúa, ahora en una unidad de empresa, **el Artículo 29 (Seguridad y Salud) del CC de la Empresa de TRANSPORTES URBANOS DE BADAJOZ, S.A. (TUBASA).** Conforme a él, ya incluido propiamente en el capítulo de prevención de riesgos laborales.

**“Las partes firmantes...se comprometen** al desarrollo de la Seguridad y Salud en el trabajo, **al amparo de la... Ley de Prevención de Riesgos Laborales... (..)**

La vigilancia de la salud, la protección de los trabajadores especialmente sensibles, la protección de la maternidad y lactancia natural, la evaluación y eliminación de los Riesgos Psicosociales, la lucha contra las drogodependencias, **la eliminación y lucha contra el acoso laboral serán materias de especial control, relevancia y énfasis dentro del Comité de Seguridad y Salud”<sup>100</sup>.**

**Queda abierto por la autorregulación convencional, de este modo, un panorama de enorme potencialidad proactiva y de gestión integral** de las adicciones en la población trabajadora. El problema reside que, a menudo, tal potencialidad acaba concretándose solo en el diseño de prácticas de concienciación (acción preventiva típica de la técnica de comunicación-educación psicosocial y cultural), como, por ejemplo:

- el compromiso para las empresas de **“difundir entre los empleados información suficiente sobre los riesgos de ludopatía y del consumo de alcohol** y drogas para la salud”<sup>101</sup>.

- reconocer que alcoholismo y drogodependencia constituyen un problema social, para “colaborar con las instituciones en las campañas de prevención que a tal efecto se diseñen”<sup>102</sup>;

- o, por no seguir, y en un plano más genérico, acometer las oportunas acciones de información, formación y sensibilización<sup>103</sup>.

Las anteriores muestras de iniciativas no sistematizadas de “prevención primaria”, a las cuales cabría añadir otras como el empeño fehaciente por

**“realizar las actividades preventivas y las actuaciones encaminadas a eliminar (...) los síndromes de dependencia** de alcohol, drogas, fármacos y otras sustancias”<sup>104</sup>.

De este modo, se abre la puerta a actividades preventivas -primarias y secundarias- más comprometidas. Como la de adaptar los puestos de trabajo a las características individuales de las personas, y no al revés, de modo que la adaptación se realice en el marco del art. 25 LPRL, para lo cual se asume la consideración de las personas que sufren dependencia como personas especialmente sensibles<sup>105</sup>. Volveremos sobre ello.

Un enfoque tendencialmente más proactivo e integral que a veces incluso llega a plasmarse en el reconocimiento de un derecho subjetivo de la persona trabajadora con algún tipo de “drogodependencia” a que se la facilite la rehabilitación de su

<sup>101</sup> Art. 66 CC Sector Almacenaje y Distribución de Alimentación de la Provincia de Zaragoza (BOP Zaragoza núm. 179, 6 agosto 2019).

<sup>102</sup> Acuerdo adicional 1º CC Provincial de Consignatarios de Buques y Transitarios (BOP Alicante núm. 191, 7 octubre 2019).

<sup>103</sup> Disp. adicional 1ª CC Empresa Municipal de Limpieza de Colegios y Dependencias Municipales, SA (BOP Huelva núm. 240, 14 diciembre 2018).

<sup>104</sup> Art. 66 IV CC Castilla-La Mancha Media (BO Castilla La Mancha núm. 97, 21 mayo 2019).

<sup>105</sup> Art. 52 CC Empresa Regional del Campo (BO Canarias núm. 205, 23 octubre 2018).

adicción, de modo que, sin desconectarse laboralmente, halle instrumentos a cargo de la empresa que procure su retorno al equilibrio psicosocial<sup>106</sup>. En estos casos nos hallamos ante técnicas de prevención terciaria y compromisos asistenciales por parte de las empresas, a través del régimen de autorregulación convencional establecido a tales efectos.

#### 8.4.2. Tipología de cláusulas de autorregulación y compromisos empresariales para concretar una forma más proactiva de abordaje de las adicciones en el trabajo.

Cierto, no son mayoría, más bien integran un grupo minoritario de convenios. Pero, **por encima de su número y de su concreta eficacia, lo que importa destacar aquí es su significado de promoción -compromiso- de cambio en el planteamiento.** En muchos casos se presentará una convivencia problemática con el dato dado por la inercia de mantener en el propio convenio, dentro del catálogo de infracciones, el carácter reprobable de algunas manifestaciones típicas de las adicciones; sin embargo, obrará un nuevo criterio finalista bajo el cual abordar esta materia tan compleja y sensible. En ocasiones tomará forma de propósito, declaración de intenciones o compromiso más o menos genérico de establecer un programa de intervención; en otras, ofrecerá un plan de actuaciones ya operativo y con un contenido muy variado.

#### 1. Declaración de intenciones (compromisos programáticos)

En muchas ocasiones cuando recogen los convenios no pasa de ser una proclama formal de propósitos, dado el componente de futuro que se percibe en sus expresiones y la ausencia de mayor concreción. A modo de muestra del primero de los sentidos, cuando el compromiso se ciñe a que las partes signatarias “impulsarán programas globales de información, prevención e intervención”, destinados a “eliminar los hábitos” y “garantizar el acceso a los tratamientos de deshabituación”<sup>107</sup>. Modelo del segundo podrían ser cuantos sitúan la posible iniciativa a emprender en la “mejora de la salud y el bienestar de la plantilla”<sup>108</sup>.

<sup>106</sup> Art. 21 k) CC Personal Laboral del Ayuntamiento de Tudela de Duero.

<sup>107</sup> Art. 33 CC Servi Control Rubí (BOP Barcelona 23 agosto 2018).

<sup>108</sup> Art. 49 CC Vithas Alicante (BOP Alicante núm. 30, 13 febrero 2020).

En todos estos casos, el compromiso de gestión empresarial proactiva de las adicciones en el trabajo, adquirido a través de un marco de autorregulación convencional, tiende a vincularse, más o menos explícitamente, al propósito de convertir el lugar de trabajo en una suerte de ambiente, entorno o “espacio saludable”. El derecho a un entorno seguro y saludable no podría prescindir, pues, de algún modo de afrontamiento no disciplinario, sino proactivo, de las adicciones<sup>109</sup>.

#### 2. Más allá del compromiso: la intervención preventiva y de ayuda como el camino hacia el que procede tender.

El itinerario compartido a través de las páginas precedentes conduce a un final del cual se han proporcionado suficientes indicios como para colegir que la planificación de una intervención preventiva y de ayuda al afectado es el destino hacia el cual ordenar los esfuerzos de los sujetos negociadores, concretando o actualizando los compromisos genéricos asumidos en el marco de autorregulación colectiva. En algunas ocasiones, la evolución tan solo lleva a que, en el propósito de elaborar el plan, las partes signatarias del convenio entren en detalles más concretos sobre la necesidad de cooperación y participación de todos los implicados, la contemplación de las concretas acciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, así como la fijación de objetivos concretos, capaz de conducir a una formulación de la que se encuentra reproducción literal –o semejante<sup>110</sup>– bajo los siguientes términos:

<sup>109</sup> Siguen siendo, cierto, cláusulas de contenido obligacional, compromisos de actuación futura, sin una programa específico o concreto. Ej.: “los firmantes **se comprometen a trabajar en políticas específicas**, con distribución de normas y valores claros en todos los niveles de la organización”, para así diseñar, de futuro, el conjunto de actuaciones que conformarán el plan; encabezamiento *Cap. III CC Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo*, Sociedad Cooperativa Limitada (BOE núm. 316, 29 diciembre 2017).

<sup>110</sup> En semejante sentido, el art. 58 CC Personal Laboral Ayuntamiento de Lebrija (BOP Sevilla núm. 170, 24 julio 2018), o el art. 62 CC Personal Laboral Ayuntamiento de Punta Umbría (BOP Huelva núm. 42, 1 marzo 2018), sobre los que volveremos al analizar el tratamiento de autorregulación convencional en Andalucía. También los que recogen una fórmula amplia y articulada: “1.- Prevenir conductas de consumo de drogas y alcohol. 2.- Fomentar la responsabilidad y la colaboración de todo colectivo laboral, con la finalidad de cumplir las normas que se establezcan en el plan. 3.- Proporcionar asesoramiento, información y tratamiento a los trabajadores y trabajadoras afectados y a sus familiares, con la finalidad de que puedan reinserirse en el medio socio laboral. 4.- Prevenir y reducir la siniestralidad laboral. 5.- Mejorar la productividad y la calidad del trabajo. 6.- Reducir el absentismo. 7.- Armonizar las relaciones laborales”. Ej. art. 89 CC Transportes Urbanos Autobuses de Alcoy, SA –TUASA– (BOP Alicante núm. 123, 2 julio 2019); art. 34 CC Ayuntamiento de Rafelbunyal (BOP Valencia núm. 22, 7 febrero 2014); art. 84 XXIII CC Marco y Sánchez Transportes Urbanos, SA (BOP Alicante núm. 139, 24 julio 2013), etc. Art. 29 CC Empresa de Transportes Urbanos de Badajoz, TUBASA (DO Extremadura 22/8/2017).

<sup>100</sup> En sentido semejante art. 29, párrafo 6 del vigente CC ARANIA, S.A (BO Vizcaya, 189, 3 octubre 2017). Pertenece a un grupo industrial de transformación de acero. En el precepto se fija el compromiso siguiente -no está en las primeras versiones del convenio-: **“Expresamente, las partes negociadoras quieren manifestar que las políticas de prevención encaminadas a la concienciación del uso de los equipos de protección individual y al no consumo de alcohol son parte activa y fundamental para conseguir un entorno de trabajo más seguro para todos”**. El problema aquí es que se trata más bien de un “compromiso programático”, pues no hay nada más en el convenio colectivo que especifique en qué se concreta esa política de concienciación, pareciendo limitada la acción a la sensibilización y comunicación.

“En el marco de la prevención de la drogodependencia, ambas partes se comprometen a llevar a cabo actuaciones mediante un proceso de negociación y acuerdo que se plasmarán por escrito.

**Dichas actuaciones, tendrán como objetivos la salud y seguridad** y se darán con la participación y cooperación de la dirección, los sindicatos, el servicio de prevención y los trabajadores. **Estarán protocolizadas e irán dirigidas a reducir las causas y consecuencias del consumo** de... drogas en la empresa, tanto desde un **punto de vista preventivo como de apoyo asistencial...**

Dichas actuaciones, desde un punto de vista preventivo, asistencial y reinsertador, persiguen los siguientes objetivos:

- Promocionar la salud por medio de la prevención del consumo de... drogas.
- Fomentar la colaboración y responsabilidad de todo el colectivo laboral en el cumplimiento de esta actuación preventiva.
- Proporcionar información y apoyo al tratamiento a los trabajadores con problemas.
- Prevenir y reducir la accidentalidad laboral y el absentismo.
- Mejorar la productividad, calidad del trabajo y las relaciones laborales”.

*Art. 85 CC Empresa Vega Mayor, SL, de Milagro (BO Navarra 46, 6 marzo 2018).*

Todavía un paso más de concreción se da (vía de progreso proactivo) se da en ciertas unidades de autorregulación convencional, y consiguientes compromisos de las empresas con una gestión proactiva, cuando se especifican las medidas concretas que se adoptarán de futuro. En esta senda, en unas ocasiones se vincula tal intervención a un



“modelo de personalizado y **diversificado [con] evaluación de riesgos de los factores psicosociales de la organización y de las condiciones ambientales del trabajo** que pueden favorecer el mantener el o mantener el uso indebido de drogas”.

*Art. 29 CC Fundación Formación y Empleo de Asturias (BO Principado Asturias 133, 11 julio 2019).*

Así, tras “contemplar las condiciones de trabajo de las que derivan hábitos de consumo”, se propone la adopción de medidas tales como “flexibilización de horarios y adaptación de jornada” para quienes “decidan someterse a pruebas de asistencia y deshabituación”. En estos casos, claramente avanzados, se expresa una visión dinámica, pues son conscientes los sujetos negociadores de que

“cada etapa del proceso de reinserción implicará una flexibilidad determinada, por lo que se negociarán distintas adaptaciones del horario en base a las necesidades de cada etapa de tratamiento”.

Al final, y es lo importante, quienes manifiestan el problema

**“serán tratados como personal especialmente sensible, se garantizará el mantenimiento de su puesto de trabajo** y se mantendrá su derecho a la formación y a la promoción durante el proceso de rehabilitación. **En ninguna circunstancia se producirá una merma económica”.**

*Art. 29 CC C Fundación Formación y Empleo de Asturias.*

Para evidenciar la singularidad, y ejemplaridad, de este tratamiento mucho más integral y proactivo, será interesante compararlo con el modelo de autorregulación más prototípico en el sector **del transporte por carretera**. Su alcance, al extenderse a todo el sector provincial **presenta indudablemente un gran potencial de expansión (típica buena práctica)**. Siendo muy relevante el modelo de control mediante pruebas ad hoc, dada la centralidad de la seguridad de terceras personas en esta actividad profesional, llama también la atención

el “marco de tratamiento” asistencial de eventuales problemas de drogodependencias<sup>111</sup>.

El punto de partida es, lógicamente, el de tratar el problema de las adicciones (drogodependencias o adicciones son sustancia concretamente), no como un problema individual sino como un “problema social” y una “cuestión de salud”. Por lo tanto, se afronta desde sus potenciales “repercusiones individuales y colectivas”. Desde esta perspectiva, se diseña el plan de tratamiento específico. La aplicación de este plan o marco de acción -evidencia que el problema ya se ha generado, por lo que no tiene una dimensión proactiva o preventiva primaria, sino terciaria- presupone un severo control y un exigente cúmulo de obligaciones de las personas empleadas afectadas. A saber:

- Una obligación de comunicación previa a la empresa, siempre con la debida garantía de confidencialidad, del estado de dependencia por parte de la persona empleada afectada. Debe efectuarse antes del requerimiento individual para realizar las pruebas que prevé el convenio (o, eventualmente, por las autoridades públicas).
- Obligación de someterse a un reconocimiento médico para controlar el grado de afectación.

- Obligación de solicitar la suspensión del contrato de trabajo, de dar positivo en el test de dependencia, para someterse al tratamiento de deshabituación. La empresa está obligada en este caso a conceder la suspensión, “con reserva de puesto de trabajo y los derechos adquiridos”, al tiempo que debe, “como medida participativa y asistencial, informará al empleado de los centros existentes en el Principado de Asturias de ayuda a la eliminación o disminución de este tipo de consumos”.

- Obligación de solicitar el reingreso, a la finalización del periodo suspensivo, en un plazo de 15 días naturales anteriores al mismo, bajo condición de someterse a otro reconocimiento médico. Incluso dando negativo, la incorporación queda condicionada a la obligación de, una vez más, “someterse en el año natural inmediatamente posterior a su incorporación a dos controles en la forma descrita en el presente procedimiento”.

## 8.5. Inventario prácticas consolidadas de planes de ayuda a las personas empleadas drogodependientes.

Cuando se aborda, ya más concretamente, atendiendo a las experiencias de las empresas más conocidas al respecto y con proyectos más avanzados, pioneros en su día, es pertinente diferenciar dos grandes modelos de planes o programas de intervención de índole asistencial -insistimos, suelen ser programas de prevención terciaria-. A saber: de un lado, aquellos más “clásicos”, que parten de una vertiente de prevención secundaria o de protección e incorporan variadas mejoras consensuadas con la contraparte social de asistencia y rehabilitación; de otro, cuantos se ciñen más al modelo de Planes de Asistencia al Empleado, de clara influencia norteamericana y que, sin perjuicio de su recepción o no en convenio, en su diseño original responden más bien a una política de Responsabilidad Social Empresarial.

### 8.5.1. Breve recorrido por el estado de situación de los programas pioneros de protección y asistencia a personas empleadas drogodependientes

En nuestro país, son “clásicas” las referencias a empresas pioneras, sobre todo en el sector de transportes públicos de personas. Sus planes obedecen a razones muy concretas, prácticas, de diverso tipo y entidad (RENFE, Metro de Madrid). Otras grandes empresas se sumaron, pero han tenido menor impacto y continuidad.

## De RENFE a Ferrovial Servicios, SA, y sus personas trabajadoras adscritos al servicio de restauración y atención a bordo de los trenes.

El primero en el tiempo, y muestra más conocida de España a nivel comparado, es el de RENFE. Incorporado al VII Convenio en 1984, y pronto desbordado por los problemas derivados de otras drogodependencias, en 1985 aparecen unas extensas normas internas consensuadas con la representación sindical, embrión del Plan de Acción de 1989, cuyo contenido coincide en lo fundamental con las normas éticas de la American Occupational Medical Association. Da pie, así, a la denominada “fase de madurez”, que no dejó de incorporar mejoras a lo largo del tiempo, al punto de dar lugar a una “normativa laboral interna” copiosa que se intentó sistematizar en 2003 y ha seguido incrementándose de manera continuada, para subsistir en medio de una doble inseguridad:

- a) por un lado, no ser una regulación convencional, sino que su fuerza de obligar deriva, ya de la remisión que a ella efectúan los convenios<sup>112</sup>, ya de ser el fruto de los acuerdos entre empleador y representantes de los trabajadores a lo largo del tiempo y que toman forma en el seno del conjunto normativo;
- b) por otro, la dispersión convencional de sus integrantes originales y la adopción de decisiones en distintos momentos, que no han afectado a estas “Normas laborales”<sup>113</sup>.

En su complejidad cabrá destacar la división del plan de acción en un doble programa de prevención (salud laboral) y de atención y reinserción laboral (social). El primero aprovecha la sinergia entre medios comunitarios (como los planes nacionales, autonómicos o locales sobre drogas, así como la colaboración de otras Administraciones y Organismos públicas) y medios propios (médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales) para, contando siempre con los representantes de los trabajadores, diseñar un elenco de iniciativas que al autocontrol individual añaden el control colectivo.

<sup>112</sup> Así clausula 5ª II CC Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras y Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad (BOE núm. 169, 16 julio 2019).

<sup>113</sup> Baste examinar, además de la cláusula reseñada en la nota anterior, las que refieren las Cláusulas 9ª (“Mesas técnicas de desarrollo”) y 18ª (Incorporación de Acuerdos”) II CC Grupo Renfe (Entidad Pública Empresarial Renfe Operadora, Renfe Viajeros, SME, SA, Renfe Mercancías, SME, SA, Renfe Fabricación y Mantenimiento, SME, SA, y Renfe Alquiler de Material Ferroviario, SME, SA) (BOE núm. 151, 25 junio 2019)..

## Metro de Madrid, SA

Un acontecimiento trágico estuvo en la base del Acuerdo de 3 de marzo de 1988 que marcó un hito en la política de la entidad Metro de Madrid sobre alcohol y drogas. Desde entonces muchos han sido los cambios en lo que procede calificar como una trabajada evolución, cuya última etapa ha de quedar situada en la suscripción del convenio colectivo inmediatamente anterior al vigente, cuando contemplaba la “revisión del proceso de vigilancia toxicológica para la implantación, en el primer semestre de 2014, sustituyendo progresivamente a los actuales”<sup>114</sup>. De este modo, se da cuenta de otra “normativa interna” que precisaría de más transparencia para ser completamente ejemplar, y que contempla un doble protocolo:

- a) el GML-02 (“Procedimiento en discapacidad de origen toxicológico”) y
- b) el GML-03 (“Procedimiento de recogida de muestras biológicas para la determinación de alcohol y otras drogas de abuso”).

De conformidad con este último, se distinguen los procedimientos para la detección del alcohol (aire espirado mediante alcoholímetro) y drogas (saliva utilizando SalivaScan). Presenta, pues, una dimensión eminentemente técnica y tiene una finalidad de control. En todo caso, se acompañan modelos de actas sobre toma de datos, consentimiento informado (con información relevante a transmitir) y resultados, previéndose pruebas de contraanálisis en el plazo de 7 días. Como cambio fundamental, no exento de problemas, los test serán aleatorios, con lo que el deber de información previa queda orillado. Eso sí, como garantía de control colectivo, se atribuye al comité de seguridad y salud la determinación de cuándo y a qué colectivos se somete al nuevo procedimiento de vigilancia, por lo que tiene una dimensión participada y preventiva, lo que es loable como contrapartida a la incertidumbre que crea a la persona trabajadora.

En cuanto hace al “Procedimiento en discapacidad de origen toxicológico”, se distingue la posición en que se puede encontrar la persona trabajadora afectada (bien incapacidad temporal o permanente) y se confía en la técnica de la vigilancia de la salud como presupuesto para una triple intervención

<sup>114</sup> Cláusula 34 CC Metro de Madrid, SA (BO Comunidad de Madrid núm. 9, 17 abril de 2014).



- a) prevención (pues proporciona indicadores relacionados con posibles consumos o de consumos problemáticos).
- b) asistencia (en tanto permite un programa personalizado que se adapte a las circunstancias) y
- c) de rehabilitación y reinserción (habida cuenta de que señala la situación del trabajador en el proceso de recuperación y el momento en que procede la reincorporación o, en su caso, la discapacidad para el desempeño).

### TMB (Transportes Metropolitanos de Barcelona): Ferrocarril Metropolitano de Barcelona, SA (FMB) y Transportes de Barcelona, SA (TB)

En este sector de transporte público de pasajeros, tales entidades empresariales cuentan también con un “Procedimiento de soporte al personal con problemas de salud por trastornos adictivos y/o mentales muy graves”, fundado en los principios de anonimato, confidencialidad, no penalización y asistencia especializada. Dentro de su contenido –nuevamente convertido en “normativa” interna– incluye cinco aspectos diferentes:

- a) Detección: ya sea autorreferencial (a partir de solicitud de ayuda a la unidad de salud o trabajadora social), a través de exámenes de salud (detectada o conocida por el médico con aceptación de tratamiento), a petición de terceros (información facilitada por compañeros o superiores, familiares directos o denuncia forma) o en virtud de otras fuentes de conocimiento (como encuestas de salud o indicadores de siniestralidad, absentismo, conflictos, etc.)
- b) Inclusión en el Programa de Soporte, con un reconocimiento previo al cual sigue la información y asesoramiento sobre los derechos y beneficios derivados de la integración en el Programa.
- c) Tratamiento, bajo el compromiso de facilitar al máximo la comunicación entre el responsable de Medicina del Trabajo, el trabajador social y el centro donde haya sido derivado el afectado.
- d) Seguimiento personalizado por el médico del trabajo y el trabajador social durante 6-12 meses, según los casos.
- e) Reincorporación, con cuatro posibilidades diferentes:
  - vuelta al puesto de trabajo anterior en las mismas condiciones tras alta por curación o mejoría.

-determinación, en informe confidencial del médico de y trabajo, de puestos de trabajos incompatibles, necesidad de cambios temporales de puesto de trabajo o recomendaciones para la necesaria adaptación.

-cambio temporal de trabajo para facilitar el retorno al puesto inicial en un periodo razonable de tiempo, revisando el tratamiento, coordinándolo con el médico de familia y, si fuera menester, cursando las bajas por incapacidad temporal que resulten necesarias;

-instancia ante el INSS (a partir del expediente clínico laboral elaborado conjuntamente con el Sistema Público de Salud), con consentimiento del trabajador, de propuesta de incapacidad permanente cuando la evolución no sea la esperada y no se vean posibilidades de recuperación médica y social.

Por lo que hace al presupuesto de este tratamiento, una vez más, las pruebas de control, de carácter obligatorio, y a través de un protocolo que ordena todas sus fases (recogida de la muestra, manipulación, envasado, conservación, identificación, precintado y transporte al laboratorio), admite cinco tipos:

- planificados (con 48 horas de antelación),
- aleatorios,
- por sospecha de intoxicación aguda
- en caso de accidente laboral (si vinculado a circulación viaria, seguridad general de clientes, uso de máquinas y equipos móviles para la manipulación de cargas, riesgo eléctrico, caídas a distinto nivel o funciones de responsabilidad directa sobre la seguridad y salud de personal a su cargo) y
- de seguimiento de casos.

### 8.5.2. La perspectiva de los Planes de Ayuda al Empleado.

Junto a estos planes de intervención protectora-asistencial, que presupone una valoración del consumo problemático, más el adictivo, como un factor de riesgo, no ya solo para las demás personas empleadas sino también para las personas usuarias de la actividad de las empresas y mueve a la intervención a

### Levi Strauss de España y la “importación directa” del PAE de su grupo matriz

Tras diversas vicisitudes, Levi, la compañía estadounidense del Grupo Denim, ha vuelto a tener una significativa presencia en España, incluidas diversas ciudades de Andalucía. Esta empresa viene manteniendo una situación jurídicamente algo anómala, como es aplicar en España el convenio colectivo que rige las relaciones de trabajo de la empresa en su país de origen. El artículo 14 del mismo declara la vigencia universal de las reglas de seguridad y salud en el trabajo (política de salud de grupo empresarial), y entre ellas, su artículo 15 contempla un específico “Programa de Drogas y Alcohol”. En el plano del contenido, el programa destaca por su inserción dentro de una gestión integral de la salud psicosocial (estrés, conciliación, enfermedades mentales, etc.)

Por cuanto hace específicamente a las drogas, amén de la instrucción general a las personas trabajadoras (en particular a los responsables de los diversos departamentos para aprender a captar los síntomas de afectación por las sustancias psicoactivas), contempla el asesoramiento confidencial y profesional para ayudarles a resolver sus problemas. Y ello bajo la idea de reducir el impacto del hábito sobre el desempeño de su actividad profesional, al tiempo que mejorar el clima laboral. Sin renunciar, eso sí, a la adopción de otro tipo de medidas para el supuesto de ignorar la posibilidad de incorporarse a la iniciativa ofertada o fracasar en el intento de superar la conducta nociva.

### La experiencia del Puerto de Barcelona

Al amparo de cuanto recogía, y recoge<sup>117</sup>, el vigente convenio colectivo estatal -si bien no fue desarrollado con carácter general-, la red de empresas que constituye el Puerto de Barcelona ya había incorporado a su convenio colectivo medidas, si bien más atentas a los controles aleatorios (de alcohol en 1992, más tarde ampliados a otras sustancias adictivas). Con todo, la gestión de la drogodependencia iba mucho más allá, presidida por un protocolo específico que ha ido evolucionando y aparece destinado a un doble objetivo:

partir del compromiso normativo recogido en un convenio, otros planes pioneros en España responden a una distinta orientación, procedimiento de elaboración y propósito. El primero, el de Telefónica, que presentaba la virtud de reconocer que, además de la natural preocupación por los trabajadores, contenía el propósito de **“no quedarse atrás en la carrera con sus competidores”** a la hora de emular la idea de cumplir con los estándares de la OIT al respecto. El segundo, de la ONCE, traía causa en su propio objeto y finalidad social.

Abrieron, de esta forma, una nueva vía que configura políticas internas de empresas a modo de expresión, tanto de un compromiso pactado, como de RSC<sup>115</sup>. No en vano conlleva una unidad de propósito entre representantes de los trabajadores y empresarios que, por su incorporación o mención en convenio y la negociación y aquiescencia formal de las partes, acaba siendo un híbrido entre vínculo convencional y política empresarial de RSC. Entre sus expresiones más destacadas:

### FCC para la Contrata del Consejo Comarcal del Tarragonés: el “Programa preventivo del consumo de alcohol y otras drogas” de FCC

Suele destacarse el “Programa preventivo del consumo de alcohol y otras drogas” de FCC-Medioambiente (Delegación Tarragona-Lleida). Aun mencionado ahora ya en el convenio colectivo aplicable vigente<sup>116</sup>, su origen y marco de acción se sitúa claramente en torno al paradigma de la RSC:

**“Trabajamos según las directrices de la Responsabilidad Social Corporativa, ya que, como empresa responsable con su personal, y entendiendo la problemática...del consumo de...drogas como un problema también de la empresa, es nuestra obligación velar por la seguridad y salud de nuestro personal”.**

<sup>115</sup> A una “política corporativa a nivel internacional” sobre drogas como parte del “responsible care”, alude el art. 54 E) CC AI Air Líquide España, SA, Air Líquide Medicinal, SLU, y Air Líquide Ibérica de Gases, SLU (BOE núm. 158, 30 junio 2018).

<sup>116</sup> Art. 38 CC FCC, SA, para la Contrata del Consejo Comarcal del Tarragonés (BOP Tarragona 52, 15 marzo 2017).

<sup>117</sup> En el vigente, arts. 34 e) y 37. 4º VIII CC Puertos del Estado y Autoridades Portuarias (BOE núm. 143, 15 junio 2019).

a) Concienciar a las personas trabajadoras para no utilizar sustancias tóxicas en el trabajo, ni acudir al mismo bajo sus efectos.

b) Detectar el consumo de drogas. Para el alcohol se prevén controles aleatorios antes de empezar el trabajo y, si existen sospechas de consumo o en caso de accidente, utilizando el aire espirado. Para otros tóxicos contempla pruebas aleatorias en orina (EMIT) con correlación en sangre (especto-fotometría de masas), antes de iniciar el turno, a dos trabajadores.

Tanto si se confirma el positivo como si se produce una negativa del afectado a realizar la prueba, la persona trabajadora habrá de abandonar el puesto de trabajo o no iniciar la jornada, según sea el caso, y le será de aplicación el régimen sancionador. La retirada de la sanción aparece condicionada a la aceptación del tratamiento entrando en el Programa de Ayuda creado para ofrecer soluciones asistenciales (e individuales) a los problemas de drogadicción de las personas trabajadoras.

### La política de EasyJet Handling Spain. Su extensión a Menzies Aviation Ibérica

También en el sector de transportes de pasajeros, pero ahora no por carretera, sino aéreos, por lo tanto, con el horizonte siempre de la preocupación por la seguridad de las personas en general, dada su centralidad para dar confianza en el servicio que ofrece la empresa, las compañías de navegación aérea tienden a incluir programas específicos de abordaje de eventuales consumos problemáticos. Estos no solo afectarían al desempeño individual de la persona trabajadora y a sus relaciones interpersonales, sino a la propia reputación social de las empresas y al negocio aéreo mismo. Hechos muy trágicos relativamente recientes (ej. accidente del vuelo 9525 de Germanwings, en 2015) evidenciaron la importancia de este tipo de políticas. Especialmente interesante, e incluso paradigmático, es, a tales fines, el Anexo III del convenio de EasyJet (política de Easyjet respecto a las drogas y al alcohol)<sup>118</sup>. En él, se establece una política de “tolerancia 0” con tales consumos, siendo de aplicación no sólo al personal propio sino también a las contratadas y a los visitantes de sus instalaciones, en la

confianza de que todas las “empresas y agencias con las que trabaja desarrollen y apliquen esta política (...) de manera efectiva y compatible con la suya”.

La interacción entre la “seguridad aérea” (de las personas usuarias-clientes) y la “salud laboral” viene claramente explicada para justificar esta política interna:

“La seguridad es nuestra prioridad número uno y EasyJet persigue proporcionar y promocionar un ambiente sano en el trabajado para nuestros empleados y pasajeros”

De ahí la comprensión del problema como una cuestión de pérdida de salud, por lo que llama a un enfoque médico-asistencial:

“Reconocemos que la adicción... puede representar una auténtica enfermedad... y alentamos a los empleados que crean que pueden tener un problema de dependencia a solicitar ayuda médica cuanto antes a través de la empresa<sup>119</sup>. Para estas personas, proporcionaremos el apoyo necesario para que puedan trabajar de una manera segura y eficaz”

La dimensión preventiva se vincularía a la terciaria o asistencial, quedándose la prevención primaria en la acción comunicativo-educativa, sensibilizando a las personas empleadas sobre los graves riesgos del consumo de sustancias. Queda, de este modo, fuera, un análisis asociado a la eventual incidencia del entorno laboral en el problema

En cambio, sí hay un análisis muy amplio del impacto del eventual problema de consumos (a todo tipo de drogas: incluye alcohol y medicamentos) en el trabajo, a fin de prohibir sus consumos incluso fuera del lugar y tiempo de trabajo, si puede tener algún efecto en él. Se asume, de un lado, que “algunas drogas pueden afectar al individuo mucho después de haberlas consumido y pueden causar problemas” de perturbación de las capacidades exigidas en esta actividad (falta de memoria, concentración, motivación, atención, habilidades motoras, coordinación, visión y percepción sensorial). De otro, el consumo, fuera de servicio y sin impacto en la actividad laboral, puede tener impacto en la imagen de la empresa, por lo que también se debe evitar (se prohíbe expresamente si se viste uniforme de la empresa). Consecuentemente, el enfoque asumido es el propio de la evitación de accidentes en el trabajo y a tal fin se asume la prohibición absoluta:

**“Para eliminar el riesgo de accidente o daño en el trabajo derivado del consumo ilegal o inapropiado de drogas, los**

<sup>119</sup> Si bien se implica al superior jerárquico, el servicio está externalizado: Equipo de HR Helpdesk.

<sup>118</sup> Anexo III en III EasyJet Spain, Sucursal en España (BOE núm. 29, 3 febrero 2016).

empleados **deberán abstenerse del consumo** de cualquier droga que pueda tener tales efectos. Asimismo, los empleados no deberán consumir o haber consumido con carácter previo a la prestación de servicios un nivel de alcohol superior al límite establecido legalmente. **Esta limitación se extiende a viajes de empresa** (incluyendo la asistencia a conferencias) o en acto de servicio<sup>120</sup>

Comprobamos, pues, cómo la intensa atención que se pone en el aspecto típico asistencial no va acompañada, en el marco convencional y protocolario, de una análoga coordinación entre la faceta disciplinaria y aquélla. Por eso, como veremos, creemos que la mayor ejemplaridad de este tipo de experiencias reside en establecer también los puentes adecuados, precisos, transparentes, coherentes, entre una faceta y la otra. Así se promovería un enfoque de gestión más integral. También se echa de menos en este tipo de políticas internas una visión más proactiva del problema de consumos de sustancias, de forma que se atienda igualmente a la contribución que pueda tener en ellos el entorno laboral, en línea con lo que promueve la OIT (1996) y reconociera Telefónica.

### El modelo de Opel España, SLU: la inclusión también de las ludopatías

También fruto de una traslación casi literal del modelo de su empresa matriz, es todo un tópico en este ámbito referir al convenio colectivo de Opel, empresa entre las veteranas en el diseño de un PAE<sup>121</sup>. Justamente, en este caso el referente internacional de la OIT sí tiene una especial consideración para justificar la necesidad de una política interna de este tipo, a fin de luchar contra las adicciones en la población empleada,

<sup>120</sup> El artículo 61.20 del CC tipifica como infracción grave la embriaguez vistiendo el uniforme de la empresa aun fuera de actos de servicio (el apartado 19 la violación de la prohibición de fumar). También se prohíbe, como infracción muy grave, la introducción en las zonas aeroportuarias de drogas. A su vez, el art. 62.25 prohíbe, como infracción muy grave, la “simple presencia en el interior de la zona restringida del recinto aeroportuario, bajo la influencia...de las drogas. Tendrá igual consideración la negativa a someterse a las pruebas pertinentes”. El rigor disciplinario, pues, no se atenúa. También aparece así en el artículo 58.4 del Convenio colectivo de tripulantes de cabina de pasajeros de EasyJet Airline Company Limited, Sucursal en España (BOE 8 de mayo de 2019), que sanciona como infracción muy grave: “Trabajar bajo la influencia del alcohol o drogas ilegales, o el incumplimiento de las restricciones establecidas en el Manual de operaciones de vuelo relacionadas con el consumo del alcohol o cualquier consumo o ingesta de alcohol o drogas ilegales durante las horas de trabajo”.

<sup>121</sup> Art. 30 XIV CC Opel España, SLU (BOP Zaragoza núm. 61, 16 marzo 2018).

no ya solo con relación a las drogodependencias (alcohol y psicotrópicos), sino también a la ludopatía. Esta se incorpora en nuestra sociedad -asume expresamente la empresa- “como una nueva forma de dependencia de las personas, afectando a su salud y a su entorno personal y profesional”. Dos novedades, pues, respecto de la última experiencia traída a colación muy interesantes.

De este modo, sitúa la adopción de un programa en doble motivo. De un lado, en la óptica de su valoración como factor de riesgo laboral, se entiende que el consumo de alcohol y drogas en el trabajo, “además de una disminución de las facultades físicas y psíquicas de los individuos, conlleva un incremento en el riesgo de accidentes, teniendo presente que dicho riesgo no solo afecta al individuo, sino también a sus compañeros de trabajo”. De otro, en tanto que “la OIT recomienda a todas las empresas y sindicatos la importancia de ayudar a las personas que tienen problemas con el alcohol y otras adicciones”, para cumplir con tal indicación reconoce que

**“la participación del comité de empresa y sindicatos, y su cooperación con el departamento de prevención y comité de seguridad y salud en el trabajo, es necesaria en el desarrollo de una prevención eficaz de este tema”.**



Esta evidente clave de gestión proactiva del problema, con evidente dimensión preventiva, inmediatamente tenderá a reconducirse hacia la prevención terciaria como la principal medida a adoptar, sin perjuicio de la típica prevención primaria en términos de concienciación-educación en consumos responsables social y laboralmente. Así, el eje de la regulación se centra en el que denomina expresamente como Programa de Ayuda al Empleado (PAE), con lo que refleja también el paradigma más extendido en el plano de las grandes empresas multinacionales. El PAE tiene un doble objetivo:

- 1) “Difundir entre todos los empleados información suficiente sobre los riesgos (...) del consumo de alcohol y drogas para la salud” (prevención primaria).
- 2) “Atender a las personas afectadas que muestren un vivo y sincero interés de rehabilitación, guardando la necesaria confidencialidad que el tema requiere, y dirigiendo a estos hacia las asociaciones y personas adecuadas para dar solución a sus problemas” (prevención terciaria).

## 8.6. Nueva dimensión del marco de acción preventiva convencional: las adicciones conductuales.

Precisamente, la última referencia traída a colación de gestión no sancionadora del problema de las adicciones en las empresas nos abre otra dimensión del mismo, que, hasta hace bien poco, apenas tenía recepción en la negociación colectiva española: las adicciones sin sustancia. Pese a la larga historia de estudio de las ludopatías, patología con cierto arraigo en la sociedad española, ni los convenios colectivos ni las empresas fueron proclives a situar en un nivel de atención análogo las adicciones con sustancia y las adicciones sin sustancia, quedando estas relegadas, por lo general. Por eso, junto al aumento de la atención preventiva, asistencial y de rehabilitación de los convenios para con las drogodependencias de las personas empleadas, hemos destacado igualmente la irrupción, si bien todavía de forma no sistematizada, programada, sino puntual, a aquel otro tipo de adicciones sin sustancia: **las adicciones conductuales**.

De este modo, la negociación colectiva de los últimos años se alinearía, si bien sin explicitarlo en la mayor parte de las ocasiones, con una de las novedades que más se han destacado de la actual Estrategia Nacional de Adicciones. En ella, como señalamos en la primera parte de este Estudio, tienen una especial

presencia las adicciones ligadas a conductas como el juego patológico (ludopatías), más clásicas, pero también a otras más contemporáneas, como el juego online y, en general, los usos de las tecnologías de la información y la comunicación (las denominadas “tecno-adicciones”). Otras, también ya analizadas con cierto detalle por un buen número de estudiosos, de la sociológica, la psicología y la medicina, como son las relativas a las adicciones al trabajo, incluso a las compras, al deporte o al sexo, tampoco hallan atención en la referida Estrategia. Como vamos a ver de inmediato -y luego verificaremos en el ámbito andaluz específico-, en la negociación colectiva comienzan también a vislumbrarse las “tecno-adicciones”, junto a una mayor referencialidad de las “ludopatías”.

En ocasiones constan como una referencia genérica a que dentro de la política de seguridad y salud se integrará específicamente un apartado relativo a la “lucha contra las dependencias”. En este escenario, se reconoce el “derecho a facilitar la rehabilitación del personal que sufra algún tipo de drogodependencia o adicción social”. Por lo tanto, la inclusión de las adicciones conductuales ha de hacerse integrando el concepto general o genérico utilizado y, en consecuencia, deduciendo del modelo indiferenciado una voluntad de inclusión más general<sup>122</sup>. Así sucede cuando la nominación es abierta

**“en los supuestos de embriaguez habitual, conducta adictiva u otra adicción considerada patológica padecida por un/a trabajador/a (...), se tenderá a favorecer la recuperación de este mediante la aplicación de los programas o medidas que se consideren necesarios para alcanzar este objetivo”.**

*Ej. art. 94.7 VIII CC Personal Laboral al Servicio de la Administración de la Junta de la Comunidad de Castilla-La Mancha*

A partir de este reconocimiento nominalmente más amplio (inclusión conceptual mediante la apertura terminológica) de la cuestión de las adicciones, sin acotarlas ya a las drogodependencias,

<sup>122</sup> Art. 21 k) CC Personal Laboral del Ayuntamiento de Tudela de Duero, cit. Art. 20.2 CC Personal Laboral del Ayuntamiento de Torrejón del Rey (BOP Guadalajara núm. 124, 28 junio 2018); art. 94.7 VIII CC Personal Laboral al Servicio de la Administración de la Junta de la Comunidad de Castilla-La Mancha (DO Castilla-La Mancha núm. 217, 9 noviembre 2017) y art. 33.3º CC Personal Laboral del Excmo. Ayuntamiento de Guadalajara (BOP Guadalajara núm. 33, 16 marzo 2016).

luego se prevén diferentes iniciativas y planes de actuación, una vez más siguiendo el proceso vivido por el tratamiento de las adicciones con sustancia. Así, o bien se prevé directamente en el convenio el reconocimiento de excedencias con reserva de puesto de trabajo para garantizar la seguridad en el empleo en tales estados de “adicciones bajo supervisión médica” (enfoque de autorregulación sustantiva) o bien se remite a un momento posterior, mediante el compromiso de protocolización de estos programas (autorregulación reflexiva o procedimental): **“negociar un protocolo de prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral”** (ej. Arts. 23.7, 61.3 j) y 73 in fine CC Quirón Prevención, SLU<sup>123</sup>). O, en una última muestra, se adquiere el compromiso de “impulsar y potenciar las medidas previstas en las áreas de intervención en el plan de drogodependencia alcoholismo **y demás conductas adictivas del empleado**”<sup>124</sup>.

No obstante, el mayor número de referencias de autorregulación convencional, que acompañan en todo caso a la regulación prevista para la adicción al alcohol y drogas, **es la efectuada en exclusiva a la ludopatía**. De este modo, constituye una alusión al juego que, además de la preocupación por el problema que pudieran sufrir terceros según recoge algún convenio del sector directamente afectado por la patología de referencia<sup>125</sup>, extiende las previsiones de las adicciones con sustancias en lo tocante a esta patología en términos análogos al convenio de OPEL (no por casualidad está en su zona territorial<sup>126</sup>). Como sucede también respecto de las adicciones con sustancia, una opción cada vez más extendida para el tratamiento de las ludopatías es atribuir, de forma expresa, al Comité de Seguridad y Salud la promoción de iniciativas proactivas.

De nuevo, hallaremos notables diferencias a la hora de su concreción. En unos casos la iniciativa se concretará solo en la típica

<sup>123</sup> BOE núm. 151, 25 junio 2019.

<sup>124</sup> Art. 101 CC Ayuntamiento de Valencia (Personal Laboral) (BOP Valencia núm. 134, 15 septiembre 2019); en similar sentido, art. 75.3 CC Sector Transporte de Mercancías por Carretera Provincia de Valencia (BOP Valencia núm. 109, 8 junio 2017).

<sup>125</sup> Así, en la definición de categorías para situar en el Grupo V (Admisión y Control) y VI (Operador/a de Apuestas Deportivas) a personas llamadas a negar la entrada a quienes lo tuvieran prohibido o a comprobar la no inclusión de quien insta la entrada en el Registro de Interdicción de Acceso al Juego [art. 22 CC Sector de Empresas Organizadoras de Juego de Bingo (BOE núm. 242, 7 octubre 2017)], o la declaración acerca de procurar “la dignificación y el reconocimiento de la actividad del juego del bingo, desarrollada de manera responsable como servicio lúdico y de ocio que genera empleo y riqueza, en contraste con la lacra que supone para el sector de la actividad de juego ilegal” [art. 86 CC Sector de Empresas Organizadoras del Juego de Bingo (BOE núm. 242, 7 octubre 2017)].

<sup>126</sup> Art. 66 CC Almacenaje y Distribución de Alimentación de la Provincia de Zaragoza (BOP Zaragoza núm. 179, 6 agosto 2019). Art. 45 CC Android Industrias Zaragoza, SL (BOP Zaragoza núm. 284, 12 diciembre 2019). Fuera de Aragón, de interés en este sentido el Art. 11 CC Integración de Complementos Auxiliares, SL, de Orkoien (BO Navarra núm. 173, 2 septiembre 2019).

prevención primaria comunicativo-educativa (“proponer campañas de prevención, planes preventivos de vigilancia de la salud y cualquiera otra actividad destinada a la mejora de la salud del personal”<sup>127</sup>). En otros, en cambio, se incluirá también una dimensión asistencial (reinserción de la persona empleada afectada de ludopatía), bajo su consideración como una enfermedad social<sup>128</sup>. En última instancia, tras estas iniciativas no hallamos sino la extensión a las ludopatías (como adicción conductual por antonomasia, identificada médicamente como enfermedad mental) de medidas ya experimentadas respecto de las drogodependencias. Por lo que se trata de ajustar el comportamiento a lo acordado en sus **protocolos** o, en su caso, dentro de los **Planes de Ayuda al Empleado**<sup>129</sup>.

Finalmente, otro (tercer) grupo de convenios, minoritario, pero creciente, en cambio, **opta por nominar expresamente el nuevo tipo de adicciones conductuales que incorpora**, a través de la creación de un nuevo binomio al respecto. En estos casos, el concepto genérico de adicciones sin sustancia se concreta en una doble nominación, haciendo referencia expresa tanto a las ludopatías como a las adicciones a las TIC. Así sucedería cuando se reconoce, por ejemplo:

**“el derecho a un permiso retribuido de un mínimo de 3 meses y un máximo de 18 para terapia de ludopatía y de uso incorrecto y abusivo de la tecnología de la información: internet, redes sociales y telefonía móvil”**

*Art. 32.3 CC Oficinas y Despachos de la Provincia de Huesca*<sup>130</sup>

O cuando se contempla (compromiso procedimental o de derecho reflexivo) la elaboración, en el plazo de seis meses, de un plan de actuación para incluir, en el ya vigente de alcohol y drogas:

**“el tratamiento de las situaciones de ludopatía y dependencia de las TIC”** (Cláusula 9 II CC Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad).

<sup>127</sup> Art. 136.7 CC Ford España, SL (BOE núm. 178, 26 julio 2019); con semejante literal, por ejemplo, art. 93.7 CC Autojuntas, SAU (BOP Albacete núm. 3, 7 enero 2019); art. 95.7 CC Global Spedition, SL (BOE núm. 278, 17 noviembre 2016) o art. 90.7 CC Fridul, SA (BOP Albacete núm. 129, 7 noviembre 2016).

<sup>128</sup> Art. 38 CC Sector Comercio de Flores y Plantas (BOE núm. 216, 6 septiembre 2018).

<sup>129</sup> Art. 45 CC Android Industrias Zaragoza, SL. También en el Art. 69 in fine CC Acosol, SA (BOP Málaga núm. 158, 20 agosto 2019). Volveremos sobre él al analizar la negociación colectiva andaluza en esta materia.

<sup>130</sup> “a tal efecto, será necesario que la persona afectada aporte justificante médico tanto del diagnóstico como del compromiso de realización de la terapia con los plazos inicialmente previstos en ella por la entidad que los realice”

## 9. Experiencias de la negociación colectiva de Andalucía en materia de adicciones en los entornos de trabajo.

### 9.1. Tratamiento convencional de las adicciones en la población trabajadora: un análisis cuantitativo de la negociación colectiva en Andalucía.

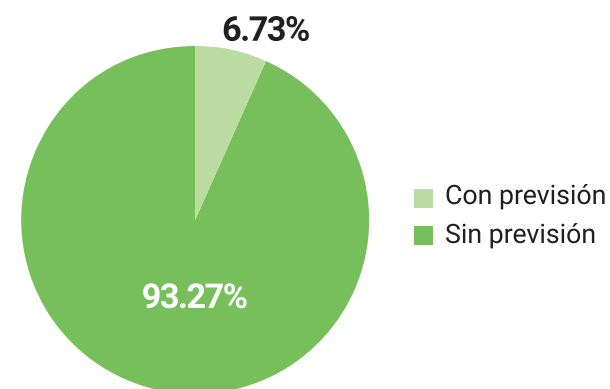
#### 9.1.1. La constatación de una evolución positiva, aun ponderada por el dato del reducido peso global de los compromisos convencionales sobre adicciones.

El análisis que de las adicciones en la negociación colectiva andaluza se centrará, desde una vertiente cuantitativa, sobre dos aspectos fundamentales:

- 1) Tipología de contenidos en materia de adicciones en los entornos de trabajo; y,
- 2) la unidad negociadora en la que tiende a materializarse prevalentemente.

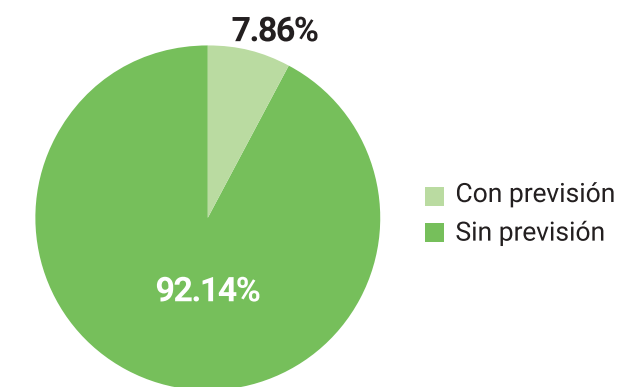
Previamente es importante ponderar la dimensión del tratamiento diferenciado y específico de tales situaciones dentro de la negociación colectiva andaluza. En este sentido, sin perjuicio de los matices que se irán destacando a lo largo de este estudio y que, desde un plano cualitativo, relativizarán esta primera conclusión, sigue siendo escaso el número de convenios que abordan esta cuestión. Apenas el 7% (6,73%) de los convenios con un ámbito territorial superior al provincial –sean de sector o de empresa- recogen previsiones al respecto (Gráfico 9). Cierta, aumenta casi hasta el 9% (7,86 % si incluimos la dimensión provincial, pero es poca diferencia (Gráfico 10).

**Gráfico 9.** Convenios colectivos con ámbito territorial supraprovincial y publicados en BOJA.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del CARL.

**Gráfico 10.** Convenios colectivos con ámbitos territoriales provinciales o inferiores y publicados en los BO Provinciales de Andalucía.



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del CARL.

#### Como sucede en el ámbito estatal, donde se identifica un cierto crecimiento de este interés convencional por la materia en la última media década, cabe apreciar también un cierto avance en la negociación colectiva andaluza.

Sin embargo no puede ocultarse que el avance es demasiado lento y gradual, máxime teniendo en cuenta que tanto la Estrategia Nacional sobre Drogas, ya vencida, como la vigente Estrategia Nacional de Adicciones, hacen de la negociación colectiva, en un sentido más amplio, también a través de formas más informales (ej. acuerdos de empresa, protocolos negociados en la materia), un canal de tratamiento de las adicciones en relación a la población laboral y una útil "vía de progreso" en la promoción de la salud de las personas trabajadoras. Naturalmente, los motivos de esta ralentización de los compromisos convencionales en esta materia, a medio camino entre lo preventivo de riesgos laborales y lo promocional de la salud en los ambientes de trabajo, son varios, y divergen en atención a las características de cada unidad negociadora, sectorial o de empresa.

Entre los más destacables estarían<sup>131</sup>:

- a) La complejidad de la materia, que presenta diferentes aspectos y requiere de una comprensión múltiple e integrada (médica, preventiva laboral, asistencial, etc.) crea dificultades técnicas para el tratamiento de esta problemática.
- b) los costes económicos derivados para la gestión eficaz de estas situaciones, si bien la OIT lleva décadas evidenciando el significativo retorno económico de las políticas preventivas del riesgo de adicciones en la población trabajadora, más elevado a más preventiva sea la política de acción, siendo menor el retorno, y mayor el coste, a más se tarde en intervenir (enfoque asistencial).
- c) la estigmatización social que todavía perciben muchas empresas conlleva dar transparencia (formalización convencional o protocolaria) a las medidas que, sin embargo, sí asumen informalmente en muchos casos, contra las adicciones eventuales de su personal. Por eso, aquí pondremos algunos ejemplos de lo que hemos llamado gestión empresarial informal de situaciones de adicciones en el personal de plantilla y que implica el compromiso de la empresa con un tratamiento no meramente disciplinario de estas situaciones, pero que en no pretenden dar a conocer. Otras empresas, en cambio, como también veremos, sí que tienen interés en formalizar o protocolizar un programa de acción en tal sentido, no como medida exigida por situaciones reales vividas en el seno de la empresa sino como mejora de su política de gestión del bienestar psicosocial de la plantilla.

La persistencia de estas dificultades para un progreso convencional más rápido y extenso, en buena medida solubles con un buen asesoramiento técnico al respecto, con ilustración de las mejores prácticas en la materia, también de PYMES, no solo de grandes empresas, también explica otra resistencia a la evolución más profunda. Nos referimos **a la persistencia del protagonismo del tratamiento disciplinario.**

### 9.1.2. Apertura de la tipología de cláusulas convencionales sobre adicciones en la población trabajadora: el lento camino de convergencia con la ENA.

La segunda observación es, pues, que el tratamiento convencional andaluz -en línea con el estatal- de las adicciones en los entornos laborales sigue siendo traslaticio, muy apegado, al estrictamente legal: la visión disciplinaria ex art. 54 2 f) ET). Cierto, este enfoque sancionador ha venido conviviendo en los últimos años con otros más proactivos (preventivos, asistenciales, de estabilidad ocupacional, etc.), en coherencia con el compromiso institucional adquirido por los interlocutores sociales en el marco de la planificación estratégica, donde predomina la llamada a la inclusión de sistemas de gestión integral (preventiva, reparadora, asistencial, recuperadora, y solo, como último recurso sancionador) de las adicciones en la población trabajadora. Pero, una vez más, es honesto científicamente advertir que esa evolución o apertura resulta más reseñable en el plano cualitativo (valoración positiva de la creciente conciencia por parte de los sujetos negociadores de progresar en entornos laborales más saludables, con inclusión de programas de mejora de los hábitos y estilos de vida respecto del riesgo de adicciones, también atendiendo al eventual impacto de las condiciones de trabajo tanto como factores de riesgo cuanto factores de protección frente a él.) que en el cuantitativo. La tradición disciplinaria y la ley de la inercia convencional respecto de la ley estatutaria siguen pesando más que las vías -compromisos- de progreso<sup>132</sup>, si bien estas existen, algunas muy arraigadas, en nuestra experiencia convencional.

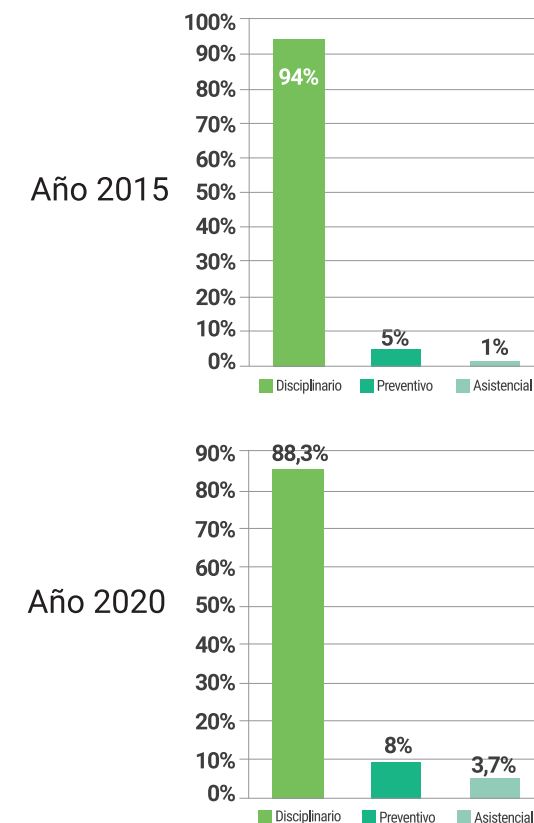
Para ponerle datos concretos a esta conclusión constatamos que prácticamente 9 de cada 10 convenios de la muestra (particularmente el 88,3%) priman este contenido, por lo que apenas un 12 por cien (11,7%) son cláusulas de tipo asistencial, preventivo y de seguridad del empleo. Hace unos años este contenido innovador y más amplio era notablemente inferior. ¿Dónde ponemos el foco? ¿La botella está medio llena o medio vacía?

<sup>132</sup> MOLINA NAVARRETE, C., MIÑARRO YANINI, M., ÁLVAREZ MONTERO, A.; GARCÍA CÍVICO, J. y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo: *Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas*, UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; MOLINA NAVARRETE, C., MIÑARRO YANINI, M., GARCÍA JIMÉNEZ, M.: Adicciones y negociación colectiva en sectores primarios (agricultura) y terciarios (seguridad privada): en busca de miradas preventivas. UGT-CEC. Secretaría de salud laboral y medio ambiente, 2018.

<sup>131</sup> Vid. MOLINA NAVARRETE, C., MIÑARRO YANINI, M., y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: *¿Qué hacen las empresas y la representación laboral para gestionar eficazmente las adicciones en el trabajo? Un catálogo actualizado de buenas y mejores prácticas*, UGT-CEC. 2020, págs. 4 y ss.

También le hemos puesto número concreto, a fin de ser más precisos y, en lo posible, solventes en nuestros análisis cualitativos, a esta evolución o apertura en la mejor de la dimensión promocional de la salud de los entornos laborales que supone este progresivo enriquecimiento convencional del tratamiento de las adicciones. Al respecto, el gráfico 11 refleja numéricamente esta significativa apertura de miras, y su formalización en compromisos convencionales (normativos u obligaciones) de los sujetos colectivos respecto de situaciones de consumos problemáticos y/o adictivos. Como se puede comprobar, en estos últimos cinco años se ha ido disminuyendo la visión disciplinaria en pos de otros tratamientos en clave preventiva y/o asistencial.

**Gráfico 11. Evolución en Andalucía del tratamiento convencional de las situaciones.**



FUENTE: Elaboración propia sobre la base de datos del CARL.

Consecuentemente, al margen del siempre necesario criterio ponderador de su importancia atendiendo -como se ha dicho- al limitado peso cuantitativo en el marco de una negociación colectiva muy más amplia y rica, en general, andaluza y estatal, es merecedor de valoración positiva el avance por un camino de alienación con el marco de planificación institucional ya indicado. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 apuesta -como su antecesora- por un enfoque de gestión integral, dando prevalencia a las acciones proactivas, también de detección-corrección precoz.

De este modo, se abre paso la cultura colectiva de gestión de las adicciones como una cuestión de responsabilidad social. No sólo atañe a las personas (también trabajadoras), sino a sus diversos entornos, incluyendo el laboral. Las implicaciones económicas, no sólo las humanas y sociales, son relevantes igualmente, por los altos costes de la inacción, o la acción solo disciplinaria (pérdidas de productividad, de "capital humano", gastos sanitarios y, absentismo, accidentalidad laboral más elevada, etc.). Por lo tanto, los sujetos negociadores son cada vez más conscientes de que el problema principal en estos casos de consumos problemáticos, más si pueden derivar de situaciones de riesgo de adicciones, no es tanto de reprobación ético-social de conductas cuanto de prevención del riesgo de patologías psicosociales, también promocional (hábitos saludables). Todo ello repercutirá más positivamente en el trabajo (bienestar) y en la productividad, como establece la OIT desde 1996 (ej. programa SOLVE) y asume la Comisión Europea (Encuesta ESENER-2).

Evidentemente, el proceso de cambio no ha hecho más que iniciarse. El camino de la Estrategia Nacional de Adicciones (ENA) hacia una relativa frecuencia presencial en la negociación colectiva está iniciado, aunque todavía queda muchísimo trecho por recorrer. Precisamente, esta referencia institucional nos ilustra de otra deficiencia que todavía apenas si habría comenzado a corregirse -aunque, como veremos en el plano del análisis cualitativo, también está ya presente, si bien de forma embrionaria o más bien testimonial-: mientras que el marco de acción institucional consensuado por los agentes políticos y sociales ya ha superado la vertiente de las adicciones con sustancia únicamente (drogodependencias), incluyendo también las adicciones sin sustancia (las adicciones comportamentales), el marco convencional sigue anclado en aquella visión tradicional.

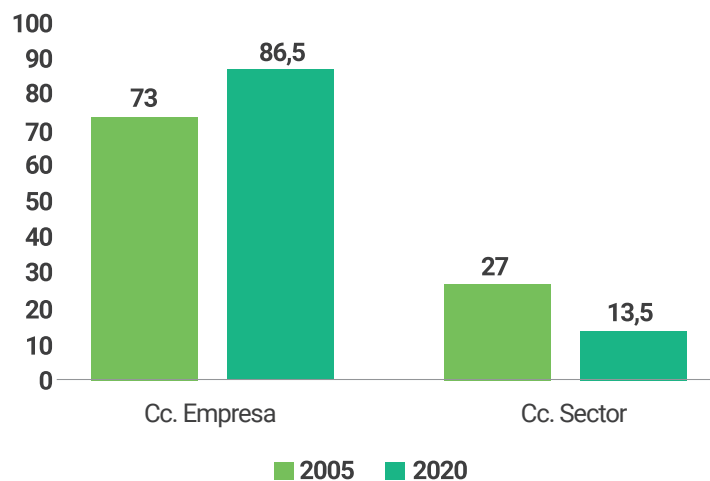


La práctica totalidad de las cláusulas convencionales tienen como objeto el abordaje de las “viejas” adicciones con sustancia (drogodependencias: alcoholismo, toxicomanías, incluso el tabaquismo; rara vez los hipnosedantes -de mayor incidencia en las mujeres), de modo que apenas aparecen las “nueva” adicciones conductuales (ludopatía, nuevas tecnologías digitales, al trabajo o “workalcoholic”, etc.). A nuestro juicio no habría, sin embargo, problema alguno para extender los programas a estas.

### 9.1.3. La empresa como unidad prevalente para la fijación de compromisos convencionales respecto de la gestión de adicciones.

En cuanto al segundo de los aspectos analizados, esto es, el ámbito o unidad de negociación en el que se aborda el tratamiento de la problemática de las adicciones en los entornos laborales, de nuevo, hallamos más continuismo que innovación. La unidad de negociación colectiva prevalente sigue siendo la empresa. Los convenios colectivos de empresa predominan claramente sobre los de sector. Concretamente, el 86.5% son convenios colectivos de empresa, frente al 13.5% de sector (Gráfico 12).

Gráfico 12. Convenios colectivos según su ámbito.



FUENTE: Elaboración propia a partir de la Base de Datos del CARL

Por supuesto, una vez más, conviene ponderar la magnitud real del dato numérico. Es evidente que el ámbito personal de un convenio sectorial tiende a ser notablemente superior al de empresa. Por lo que, al margen del tamaño de la empresa, el dato puede ser engañoso sino se pondera debidamente.

Ahora bien, una vez más, conviene también dejar constancia de una evolución muy positiva. **El número de los convenios sectoriales que han decidido incorporar algún tipo de compromiso con relación a las adicciones** (por lo común drogodependencias) en los entornos laborales **también ha crecido**, con lo que ello significa de promoción de las prácticas de gestión preventiva y asistencial proactiva en materia de adicciones en un número superior de empresas. No nos parece menor este dato. El hecho de que se esté produciendo una progresiva recepción -explícita o tácita- de la ENA en las unidades de negociación sectorial tiene, al menos, dos impactos positivos, relevantes. El primero, evidente, el contribuir de forma significativa a superar la actual escasez de previsiones en la materia, con lo que se fomenta el diseño y puesta en práctica de iniciativas de gestión más comprometida e integral en mayor número de empresas. Segundo, al afectar estos compromisos (aunque, a cambio, tiendan a ser de carácter más obligacional que normativo) a las pequeñas empresas, podrá contribuir a que en tales casos se salga del actual modelo de acción informal, más voluntariosa, incluso en cierta medida, paternalista, que efectiva, incluso también en un plano económico.

## 9.2. Análisis cualitativo de las cláusulas convencionales sobre las adicciones en el entorno laboral.

### 9.2.1. La terminología convencional colectiva -fragmentaria y tradicional- delata el predominio de la atención a las drogodependencias

Cuando se analiza los términos utilizados por la negociación colectiva para tratar la problemática de las adicciones en el trabajo dos son las conclusiones iniciales: de un lado, la diversidad de términos utilizados; y, de otro, la mayoritaria presencia de los términos más tradicionales, como son la embriaguez y la toxicomanía. Entendemos que buena parte de responsabilidad de que esto último se produzca es el hecho de que el legislador haga uso de los mismos cuando en la norma se prevea como tal uno de los supuestos previstos en el art. 54

ET para el despido disciplinario. Se produce así una acción de mimetismo (la antes referida como “ley de la inercia”) entre la previsión legal y la terminología presente en el texto convencional. Ni las -antes referidas como- “viejas adicciones” con sustancia asumen siempre el debido tratamiento integral -ej. las drogodependencias- ni las “nuevas adicciones” hallan, como se apuntaba más arriba, al menos todavía, el espacio exigido en nuestro tiempo.

La diversidad terminológica en la negociación colectiva revela muchas cosas, incluso algún problema aplicativo para los propios destinatarios, pues la fragmentación de las referencias dificulta conocer si los programas previstos sirven para toda situación de dependencia o sólo para la específicamente nominada. El primer desajuste es precisamente el reduccionismo en la comprensión de los consumos de sustancias adictivas en el trabajo. En otros casos, pesa más la voluntad -inercia- de mantener inalterado el compromiso a lo largo de la sucesión de convenios colectivos, por lo que no es, su mejora, una preocupación significativa en los procesos de renegociación. En última instancia, este uso fragmentario, diversificado y confuso se puede deber a las dificultades técnicas antes aludidas para que los sujetos colectivos estén realmente al tanto de la evolución biomédica y psicosocial en esta materia, por lo que, una vez más, urgen un asesoramiento adecuado y proveer a los sujetos que se sientan en las mesas de negociación (comisiones negociadoras) de herramientas que sean útiles, prácticas a tal fin.

Así, encontramos, además de los términos tradicionales, como son, embriaguez y toxicomanía, el uso de otros muchos, que, o bien se refieren al acto en sí o la patología ligada al mismo, tales como drogodependencia, alcoholismo, intoxicación, fumar, ludopatía; o bien, se hace uso del término ligado a la sustancia consumida: alcohol, tabaco, droga, fármaco, estupefaciente, sustancia, juego. En este punto consideramos importante el avance terminológico (y conceptual) propuesto, por cuanto aquello que se conoce nos permitirá tratar de manera más certera y apropiada el problema que conlleva tales situaciones ligadas a las adicciones de sustancias y conductuales. Obviamente, con alcanzar este objetivo no se llega al punto óptimo de tratamiento convencional de las adicciones. Es un paso necesario, pero no final. Al uso adecuado de la terminología se ha de adicionar el dar el tratamiento más apropiado a las diferentes problemáticas que se ligan a las adicciones en los lugares de trabajo, coherente con esa nominación más compleja y elaborada, evolucionada.

Junto a la llamada a una comprensión más unitaria, normalizando en lo posible el uso del concepto más global (drogodependencias), la otra clave evolutiva y de mejora está en incluir las adicciones sin sustancia (adicciones conductuales). Pese a ser muy conocida alguna de ellas (ludopatías), su presencia es escasa.

### 9.2.2. Enfoque disciplinario de las adicciones y consumos problemáticos: sigue primando, pero tiende a reducirse el rigor sancionador

Como se ha venido destacando, hay una marcada prevalencia del enfoque disciplinario en las previsiones convencionales relativas a las adicciones. Así, viene siendo una constante convencional el primado de la búsqueda de la ejemplaridad disciplinaria. Al tipo infractor previsto por el legislador, y que hace referencia a los supuestos de consumos de sustancias con influencia relevante en el desarrollo del trabajo, se suma toda una serie de previsiones convencionales al modo de “tipos de riesgo” de conductas problemáticas. Unas se ligan al valor de la seguridad de las personas (incluso de las cosas), otras al bien a la imagen de la empresa ante terceros. En ellos se aprecia una mayor severidad en cuando a la represión de tales acciones, así como la extensión de los mecanismos y consecuencias sancionadoras hasta límites que podrían exceder el estricto de la prestación laboral (p. ej., consumos fuera de las horas de trabajo y que podrían afectar a la imagen de la empresa).

No obstante, este panorama también comienza a revisarse, como se ha dicho, lo que pone de manifiesto que ni es inamovible, al margen de que persista la norma legal desde hace más de 40 años -por lo tanto, hija de otro tiempo histórico, también productivo- ni ha permanecido estancada. **Aunque la línea de tendencia no es unívoca en todas las unidades de negociación, sí se aprecia una notable flexibilización del rigor sancionador de las adicciones en el entorno laboral** (ejemplo, art. 40 del Convenio Colectivo de la empresa BSH Electrodomésticos España, S.A. Servicio BSH al Cliente-Zona 6, Andalucía).

En cualquier caso, sigue predominando, desde esta óptica disciplinaria, una regulación heterogénea y expansiva, en la que se incluye, a veces sin la debida distinción, por tanto, graduación, consumos episódicos y adictivos, en especial en relación al alcohol, más que otras sustancias (ej. el art 48.16 del Convenio Colectivo de la empresa Andix, S.L prevé como

falta grave el consumo de alcohol en el trabajo, así como fuera de él si se hace vistiendo el uniforme de trabajo; calificándose como falta muy grave (art. 49.14) la embriaguez o toxicomanía habitual, advirtiéndose que se entiende como embriaguez cualquier tipo de consumo de sustancia tóxica).

Otros, gradúan la falta en función de la habitualidad y repercusión en la actividad laboral. Así, el art 47 del Convenio Colectivo de la empresa Policlínica del Poniente, S.L., (BOP Almería 19/12/19) establece que, si la embriaguez es no habitual, se considerará como falta leve; si es habitual, como grave; y si repercute en el trabajo, muy grave. Y, en fin, otros muestran un rigor mucho mayor en cuanto al nivel de tolerancia con los consumos, que se establece en “nivel 0”. Así el art 35 del Convenio Colectivo de la empresa Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, S.L. (BOP Almería 6/3/2020) que prevé como falta muy grave “la asistencia o permanencia en el trabajo con nivel de alcohol en sangre mayor que cero (incluido su consumo durante la jornada de trabajo), así como la asistencia y/o permanencia en el trabajo probada bajo los efectos de drogas, sustancias alucinógenas o estupefacientes.

En suma, los convenios colectivos que siguen enfatizando la lógica disciplinaria, ya en exclusiva, ya de forma prevalente, otorgarían **un valor primario y directo a las garantías de seguridad de la empresa** (prohibición de fumar en el art. 23 del Convenio colectivo: Ocio y Restauraciones Rusticris, Sociedad Limitada. (BOP Málaga 5/11/19)), atención al público (Convenio colectivo de la Mancomunidad de Servicios “La Vega”, BOP Sevilla 18/10/12). En suma, prima el buen nombre-imagen de la empresa. Y ello incluso fuera de servicio, si se viste el uniforme” (ejemplo: Art. 42.13 CC Empresa Real Club de Golf “Las Brisas”, BOP Málaga 14/1/19).

En otras ocasiones, el enfoque disciplinario o de control social no asume la vía del uso directo de la potestad disciplinaria, sino la más sutil, pero también significativa, de la privación de una determinada garantía de estabilidad o de cierto beneficio de índole económica o social. El caso más extendido -si bien la experiencia convencional ofrece, de nuevo, un tratamiento muy dispar- es el de la privación de beneficios que la empresa suele reconocer, en virtud de los compromisos convencionales, para reducir o minimizar el impacto laboral de la sanción administrativa de pérdida del carné de conducir. Así, a diferencia de la comprensión que suele mostrarse en otros casos, si la retirada del carné se debe a consumos de alcohol o drogas mientras conducía, se hace un juicio de reproche ético-social y se le

previa de cualquier posibilidad de una recolocación/readaptación temporal del trabajador ante tal circunstancia, con lo que se ve previsto de retribución. Solo se mantiene la suspensión contractual, sin salario.

Sería el caso, por ejemplo, de ciertas empresas de transporte (art. 21 del CC Herederos de José Castillo, S.L, BOP Jaén 9/6/20; arts. 23 y 33 del Convenio Colectivo de la empresa Avanza Movilidad Urbana, S.L.U.). O el de empresas con otro objeto u actividad económica, pero que implica el transporte, como las de reparto de productos (ej. art. 21 del Convenio del centro de trabajo planta de Lanjarón de la Empresa Aguas Danone, S.A ; o anexo relativo a las Infracciones de Tráfico del Convenio Colectivo de Pepsico Foods, AIE 2018-2020 (Delegación de Huelva), (BOP Huelva)<sup>133</sup>.

Por tanto, en estos casos, predominantes, ni el -compatible-enfoque de seguridad económico-ocupacional de las personas trabajadoras afectadas por una eventual adicción, fuera de la protección asistencial -sanitaria y económica- pública, ni las razones de protección de la salud de las mismas ameritarían aquí compromisos de protección convencional específicos y formalizados. Sin embargo, como se decía, sí que están presentes, unos de mejor manera regulados que en otros, en un creciente número de convenios colectivos, como se apuntó y ahora pasamos a analizar de forma más próxima e indicativa, con referencias concretas.

### 9.2.3. Compromisos convencionales que crean “cláusulas puente” entre la lógica disciplinaria y la lógica de seguridad ocupacional

La propia OIT asume y la experiencia enseña que **la lógica tradicional disciplinaria en modo alguno resulta incompatible o irreconciliable -alienta políticas de tolerancia 0- con la lógica de la seguridad en el empleo de las personas que inciden en tales conductas adictivas**, cualquiera que sea la causa de las mismas -inciden también factores laborales, como vienen estimando las Encuestas de Consumos de Sustancias en el Entorno Laboral-. La preocupación de la empresa, recogida

<sup>133</sup> En el plano estatal: Ej. el art.18 CC Transportes por Mercancías por carretera y operadores de transporte establece la pérdida de la ayuda económica para un seguro que le garantice un renta si pierde puntos por razones de embriaguez en la conducción; su artículo 16 del derecho a la recolocación en otro puesto; en el mismo sentido el art. 53 del Convenio estatal para el sector de las contratas ferroviarias o el art. 12 del Convenio Colectivo del sector de alquiler de vehículos con y sin conductor, etc.

convencionalmente, por evitar estas conductas puede atender también la paralela preocupación de las personas trabajadoras afectadas, así como de sus representaciones colectivas, por establecer una garantía de estabilidad (seguridad) en el empleo, para que la pérdida de trabajo no sea un factor añadido y agravante del riesgo de exclusión social.

Otra cosa es que, la negociación colectiva no ofrece siempre un modo único para establecer este tipo de reconciliaciones entre perspectivas diversas, en aras de hallar puntos óptimos, de equilibrio real, práctico, entre las dos perspectivas o razones (empresarial, laboral). Desde esta perspectiva de construcción convencional de puentes entre una lógica y la otra, **hallamos un grupo de convenios colectivos que, aun contemplando de forma expresa ambas perspectivas, no las intercomunican**. Así incluyen el tratamiento disciplinario, sí, también el asistencial o rehabilitador. Pero no incluyen una cláusula específica de conciliación, más allá de la de su incidencia en la graduación de la sanción. Sería el caso, por ejemplo, del art. 43 del Convenio Colectivo de la Real Federación Andaluza de Fútbol. (BOJA 13/3/19), o el art. 56 del Convenio Colectivo de la empresa Limpieza Pública y Protección Ambiental, S.A. Municipal (Lipasam), (BOP Sevilla 18/6/16)<sup>134</sup>. En otros casos, aunque la conexión entre ambas facetas no es plena, sí que se introduce un mayor grado de concreción, lo que mejora su funcionalidad, **pese a no lograr, a nuestro juicio, una formulación suficientemente coherente y eficaz**.

Al respecto, cabe destacar, entre otros, **del art. 67.15 del Convenio Colectivo de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía** (BOJA 2/11/18). El convenio establece como falta muy grave el consumo de drogas o alcohol, incluso la evidencia de otras adicciones en el trabajo, también la prestación de servicio bajo sus efectos. Pero incluye una salvedad para los casos en que se determine que la persona trabajadora viene padeciendo un problema de adicción. En tales situaciones se recuerda que ha de estarse a lo dispuesto en materia de incapacidad, temporal o permanente, de conformidad con la normativa de Seguridad Social, y siempre que dicha persona participe

<sup>134</sup> Más atenuado, o consciente de esta necesidad de interacción entre ambas perspectivas, aparece el art. 40 del Convenio Colectivo de Confederación Sindical Comisiones Obreras Andalucía. (BOJA 12/7/18). Este prevé como falta grave el trabajar bajo los efectos del alcohol o sustancias estupefacientes, y en el supuesto de que se trate de embriaguez o toxicomanía de carácter habitual, el hecho de que la trabajadora o trabajador se someta a las prescripciones establecidas por el médico será considerado como atenuante al objeto de tipificar la conducta como no constitutiva de falta.

en un proceso voluntario de tratamiento o rehabilitación. Vemos que se trata de una cláusula más de compromiso obligacional y declarativo que la fijación de un procedimiento claro y preciso de gestión empresarial al respecto.



En realidad, son un tipo de cláusulas convencionales meramente declarativas, que no implican compromisos concretos, medidas específicas previstas convencionalmente a cargo de la empresa para tales casos, sino más una simple remisión a las situaciones de seguridad social. Sabido es que, tanto el sistema de Seguridad Social como también el Sistema Nacional de Salud, contemplan la protección de las adicciones de las personas, también trabajadoras, como una enfermedad en sentido estricto, por lo que se prevé una prestación asistencial -sanitaria- y económica (suspensiva de la relación de trabajo, temporal o con vocación de permanencia -art. 48 ET-). La garantía de seguridad económica en tales casos es la propia de la seguridad social y, por lo que hace a la seguridad ocupacional (garantía de estabilidad), tampoco se va más allá de lo que derive de esta situación de baja laboral. Por lo que, con ser voluntariosa y loable, puede generar, como se decía, dudas en la plantilla en torno al tratamiento a recibir en tales casos en la empresa. No hay aquí previsión convencional alguna de medidas de reubicación, adaptación de puestos, etc., máxime teniendo en cuenta la condición, en tales casos, de personas especialmente sensibles ex art. 25 LPRL.

Justamente, hallamos otro puñado -ciertamente no son mayoría, desde luego, ni tan siquiera constituyen un grupo cuantitativamente significativo, pero sí mucho en el plano cualitativo, por eso lo hemos seleccionado entre las mejores prácticas en materia- de convenios colectivos en los cuales **no sólo se construye de una forma más clara y coherente el puente entre ambas perspectivas de tratamiento -la disciplinaria y la de estabilidad ocupacional-, sino que, además, la empresa asume, por la mediación convencional, un mayor compromiso de garantías** con las personas de su plantilla con tales afecciones. Es el caso, del art. 28 del Convenio de CESP, S.A. (Huelva). Prevé que

*"...en el supuesto de que la sanción se produjera como consecuencia de la embriaguez declarada, al conductor se le acoplará en otro puesto de trabajo preferentemente en el servicio de talleres, con la retribución de su nuevo puesto de trabajo. Una vez cumplida dicha sanción, el trabajador se reincorporará a su puesto de trabajo en las mismas condiciones que venía disfrutando antes de la retirada del carné. Si el conductor no pudiera ejercer sus funciones, la Empresa estará obligada a darle un trabajo de guarda o similar..."*

Comprobamos, pues, cómo **en este otro tipo de tratamientos convencionales, la empresa ya ocupa un lugar destacado**

**o central en la gestión** de estas situaciones, **sin limitarse a reconocer el papel que corresponde, lógicamente, a la acción pública.** Esta perspectiva más comprometida con la protección de las personas víctimas de estados o situaciones dependientes o adictivas. Así, ciertos convenios garantizan el retorno o la reincorporación -garantía de seguridad en el empleo-, acreditada la recuperación (**ej. Convenio colectivo del sector de Limpieza de Edificios y Locales de la provincia de Jaén, BOP 14/3/17**). Por su parte, en el ámbito de las unidades de empresa, el artículo 27 del Convenio de Covirán, S.A.U., se ordena dejar en suspenso la sanción que se pudiera aplicar por embriaguez y/o drogodependencias en tiempo y lugar de trabajo, si la persona trabajadora voluntariamente decide someterse a rehabilitación profesional.

De ahí que se establezca -conforme a una práctica convencional relativamente extendida en este ámbito- una excedencia con reserva de puesto de trabajo de un año, ampliable hasta dos años -no retribuida- si la misma fuese necesaria para la curación conforme a la certificación de una institución competente en la materia. La empresa se reserva la facultad, a través del servicio médico, de seguir la evolución del tratamiento, pues la ausencia del mismo hará decaer la garantía de estabilidad en el puesto de trabajo. Se pasa por alto, pues, o no se atiende debidamente, a una situación que suele darse muy frecuentemente en este tipo de procesos de desintoxicación, como son las llamadas "recaídas", pues, a menudo, la salida de este túnel requiere varios intentos<sup>135</sup>. En todo caso, **es positivo que tales experiencias convencionales reparen en la necesidad de proveer garantías de seguridad en el empleo**, útiles no solo para que la persona mantenga su trabajo (aunque estaría mejor que se asegurarse la continuidad de cierta renta retributiva, en caso de que no tener acceso a una prestación de TI), sino también para que mantengan su autoestima y sus vínculos con el entorno laboral. Todo ello repercutirá en un menor riesgo de exclusión y de estigmatización, tanto laboral como social (familia, amigos, redes sociales), por lo que aquí **el trabajo actúa como factor de protección frente al daño social derivado de las dependencias.**

<sup>135</sup> Los compromisos -obligacionales- de colaboración con la asistencia externa son muy comunes. Ej. El art. 38.12 del Convenio Colectivo de la Real Federación Andaluza de Fútbol. (BOJA 13/3/19) ordena ofrecer mecanismos -no precisa cuáles- de asesoramiento e información sobre ayuda al personal afectado por los problemas derivados del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

De interés en esta dirección el artículo 26 del CC del sector de ayuda a domicilio de Sevilla y provincia (BOP 10 de abril de 2018) establece que "el personal que se acoja a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo"<sup>136</sup>. Con esta exigencia de colaboración de la persona afectada, una suerte de deber de autoprotección a través del sometimiento a un programa de desintoxicación ante terceros, se está creando una prueba suficiente de la inexistencia de una culpabilidad real, además de expresión del deber de colaboración en la promoción de la salud, para que vuelva a "normalizar tanto su salud como su vida laboral" (art. 61 CC Estatal de perfumería y afines). **De ahí que resulte positivo que la negociación colectiva suspenda o condiciones el modelo** disciplinario, por cuanto, en el fondo, no habría auténtica voluntariedad y, por lo tanto, culpabilidad -criterio de imputación-.

En esta línea también se incluyen cláusulas de estabilidad en el empleo que vienen a reconocer derechos específicos a las personas trabajadoras que sigan de forma adecuada los referidos tratamientos. Por ejemplo, el **Convenio de la Agencia de Medio Ambiente y Agua de Andalucía** (BOJA 20/12/18) prevé en su art. 64 una licencia no retribuida (es la tónica dominante, por lo que la seguridad ocupacional no va seguida de seguridad económica, salvo prestación de seguridad social<sup>137</sup>) para el personal con al menos 1 año de antigüedad, pudiendo solicitar permisos sin sueldo por 6 meses para

*"... c) Tratamientos rehabilitadores de alcoholismo, toxicomanía u otras adicciones, en régimen de internado en centros o habilitados o reconocidos por la Administración..."*

<sup>136</sup> En otras ocasiones, la reincorporación se condiciona a la solicitud por parte de la persona trabajadora, una vez se haya certificado su alta por curación, en un plazo máximo de un mes siguiente a la misma. Vid. art. 47 f) del Convenio Colectivo de manipulado, y envasado de frutas, hortalizas y flores de Almería.

<sup>137</sup> Otros convenios distinguen de forma más precisa ambas situaciones. Así, por ejemplo, el II convenio colectivo de Menzies Aviation Ibérica, SA, (en línea con otros del sector de las compañías aéreas, como EasyJet) precisa dos pautas importantes. En primer lugar, si la persona empleada se presenta voluntariamente, buscando apoyo, la empresa se compromete "a adoptar las medidas previstas en el art. 65 del Convenio" (es decir, movilidad, permutas y excedencias); en segundo término, y en coherencia con lo anterior, se sienta que, "detectado el problema de consumo de alcohol o de sustancias, de no existir baja médica por parte del facultativo autorizado, el empleado deberá situarse en situación de excedencia voluntaria por el período de rehabilitación. Esta excedencia dará lugar a reserva de puesto de trabajo". Vemos, pues, como queda clarificada la situación, pero también cómo se confirma que no suele preverse cobertura económica por las empresas fuera de la situación de prestacional social.

**La condición convencional de someterse la persona trabajadora a un régimen de internado introduce ciertas disfunciones** con la finalidad de garantía ocupacional que se quiere perseguir. Primero porque existe también la posibilidad de procedimientos de carácter ambulatorio, con lo que introduce una rigidez innecesaria y disfuncional, lo que se supera en otras cláusulas del tipo<sup>138</sup>. Segundo, porque pone en cuestión el fin de la garantía de conexión, lo más permanente y no discontinua posible, con su entorno, pues la mejor práctica en materia es aquella que busca conciliar el tratamiento debido de desintoxicación psicosocial (respecto de la sustancia, o la conducta, piénsese en las ludopatías), con la prestación de servicios, para prevenir el efecto de estigmatización o exclusión relativo a la desconexión ocupacional.

Precisamente, el art. 66.15 del mismo convenio es -aquí sí muy explícito a la hora de intercomunicar potestad disciplinaria con garantía de continuidad ocupacional futura, para cuando termine el tratamiento con éxito. Un éxito que, como se ha dicho, no siempre llega a la primera y, por lo tanto, un relevante camino de mejora -viable o factible- de estas prácticas es la de atender también algo tan humano, y frecuente, como es el fallar algún intento, sin que por ello se frustrate todo el proceso final de salida de la dependencia o adicción, claro problema de salud.

#### 9.2.4. De la seguridad en el empleo de las personas trabajadoras víctimas de adicciones a la gestión integral como riesgo y daño psicosociales.

Precisamente, desde esta perspectiva de las adicciones como riesgo psicosocial y como como problema de salud global en los entornos de trabajo, por la pérdida de calidad de vida y bienestar que conlleva, se va abriendo camino, muy lentamente, en la misma línea de alguna experiencia ya indicada fuera de nuestra comunidad autónoma, en la negociación colectiva andaluza un enfoque de la seguridad más amplio que el ya referido a la seguridad en el empleo (la seguridad económica sigue siendo el ausente si no media prestación pública. Un pequeño número de convenios colectivos asumen que es conveniente un enfoque de gestión integral de las adicciones como problema de salud y con una lógica eminentemente preventiva. De ahí la relevancia del sistema de prevención de riesgos laborales.

<sup>138</sup> El art. 37 del Convenio de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

En este sentido, y por poner un ejemplo ilustrativo, el convenio colectivo de la empresa CESP (para el personal de los servicios de limpieza viaria, recogida domiciliar y eliminación de basuras en Huelva Capital -BOP de 17 de octubre 2017-), ya citado, en su artículo 38 (Drogodependencias), incluido en el Capítulo III, relativo a Condiciones de Trabajo, asume expresamente que

“El consumo de drogas...implica problemas de salud con repercusiones individuales y colectivas. El inicio o incremento del consumo de drogas en el medio laboral viene en muchos casos determinados por condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo. De ahí, que se estime conveniente incluir un plan de propuestas, en su vertiente preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa y no sancionadora (...). **El Comité de Salud Laboral concretará las medidas aquí expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto a la entrada en vigor del presente convenio**”.

Sin perjuicio del mayor análisis que se hará en la selección de buenas prácticas, no es ocioso reflejar aquí cómo la negociación colectiva, al menos en ciertos sectores y territorios (esta empresa, de ámbito estatal, tiene una multiplicidad de convenios en otros centros de trabajo que en modo alguno recogen este compromiso de garantía<sup>139</sup>), sí es consciente del origen multifactorial del problema de las adicciones, así como su hoy inequívoca asociación a problemas de salud que conlleva la responsabilidad social, no ya solo individual y pública. De ahí que proponga un “plan de acción integral” al respecto, cuya concreción deja en manos del Comité de Salud Laboral, evidenciando esa dimensión integradora de las políticas de promoción de la salud general dentro del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Precisamente, esta es una de las recomendaciones más relevantes de la Estrategia Nacional Sobre Adicciones, como lo fue antes en la Estrategia Nacional Sobre Drogas y los dos Planes Nacionales a través de los que puesta en práctica, según venimos recordando.

Cierto, son rara avis en nuestra negociación colectiva, al igual que sucede en otros territorios<sup>140</sup>, donde podemos hallar, no obstante, diversas experiencias de gran interés, como también se evidenció en su momento. Recuérdese, por ejemplo, el *art. 45 del CC del sector de cultivo del tomate por el sistema de incentivos a la producción de Las Palmas de Gran Canarias*, que incluye a las personas trabajadoras en situaciones de dependencia dentro de la categoría jurídico-preventiva de personas trabajadoras especialmente sensibles ex art. 25 LPRL y predica para ellas un principio de adaptación de los puestos de trabajo. En consecuencia, en estos casos, la seguridad en el empleo sí va seguida de la seguridad económica retributiva, asegurada por las empresas en el sector de referencia.

Decíamos que no son casos muy frecuentes, pese a lo positivo de los mismos, pero no quiere decir tampoco que se trate de casos por completo aislados (aunque, en experiencias como la de CESP, pueda serlo incluso, se insiste, dentro de la compleja maraña convencional de esta empresa a lo largo y ancho del territorio andaluz y español, pues opera, bajo diversas formas organizativas, en toda España). Al respecto, de una forma u otra, cuenta con algunas que otras manifestaciones, es verdad, más en el ámbito del sector público, tanto administrativo (es el caso del Ayuntamiento de Osuna, sobre el que se volverá como buena práctica de regulación y gestión, al menos sobre el papel), como empresarial (ej. empresa pública de limpieza viaria LIPASAM). En este segundo ámbito, por ejemplo, destacable es el Anexo VI del Convenio Colectivo de la empresa de limpieza y protección ambiental, S.A. Municipal (LIPASAM: BOP Sevilla 18 de julio de 2016). En él encontraremos un amplio **Programa de prevención y asistencia ante el consumo de drogas en el trabajo**, en el que se asume el referido enfoque de gestión integral de las adicciones en las personas empleadas, también con una significativa perspectiva preventiva primaria (también volveremos sobre ello en el catálogo seleccionada de mejores prácticas de gestión de adicciones en el ambiente de trabajo).

<sup>140</sup> Así, para la unidad de empresa -es algo más frecuente en los de sector estatal de servicios de acción social- el art. 35 CC Empresa Fundación Hospital General de la Santísima Trinidad (BOP Salamanca 21 de junio de 2017).

### 9.2.5. Detección de consumos problemáticos en la negociación colectiva: ¿vigilancia de la salud o fabricación de la prueba del despido?

No cabe duda de que, en el marco de la citada -lenta, pero visible- evolución hacia sistemas de gestión integral de las situaciones de riesgo de adicciones en el entorno laboral, primando la dimensión preventiva, la vigilancia de la salud ocupa un lugar muy destacado ex art. 22 PRL. Esta vigilancia requiere las correspondientes pruebas y en ese contexto una cuestión central, también polémica, es *la relativa a las pruebas de detección precoz de consumos problemáticos de sustancias*. Al margen del significativo coste económico (en nuestro tiempo puede hacerse un parangón con los diagnósticos con relación a la covid19), el aspecto más significativo es el de si realmente se trata de una prueba dirigida a la vigilancia de la salud (dimensión preventiva) o si, en realidad, se trata de una forma de control anticipado de la conducta de las personas trabajadoras. ¿Se busca con ellos evitar los efectos dañinos en el trabajo o promoverse realmente una corrección precoz del problema de salud que puede ocultar un consumo inicial de tipo nocivo o problemático, antes de devenir en auténtica adicción?

La negociación colectiva tiene reservado un importante papel para asegurar el justo equilibrio, esto es, atender tanto a las legítimas pretensiones de las empresas, que quieren conocer los hábitos de consumo eventualmente nocivo lo antes posible, para poder corregirlo con el menor coste, y las de las personas trabajadoras y sus representaciones, que quieren garantizar no sólo el uso meramente preventivo, con descarte del disciplinario, sino, en todo caso, los derechos de privacidad. Una primera conclusión a extraer es que se constata una gran diversidad de tratamientos. No hay, pues, un régimen uniforme o convergente en la mayoría de ellos, lo que evidencia también la notable ambivalencia de estas pruebas y la diversa opción de política convencional, sectorial y de empresa, al respecto. De manera esquemática, los términos de regulación que se han identificado son los siguientes:

1. Mayoritariamente se proclama el carácter obligatorio de estos test<sup>141</sup>.

2. En algún convenio la obligatoriedad se condiciona al acuerdo en el Comité de Seguridad y Salud<sup>142</sup>.

3. No es frecuente concretar la justificación (como exige la STC 190/2004, de 15 de noviembre) que ampara el carácter obligatorio de esta prueba. Se asume una presunción de control necesario para garantizar la seguridad de terceras personas (art. 22 LPRL)<sup>143</sup>. En otros casos, el título legitimador -que parece invertir la lógica legal ex art. 22 LPRL- viene de la mano del tipo de actividad a desempeñar, urgida de garantía de disponer de las facultades físicas y mentales para su desarrollo. Por lo que se alinearía con la doctrina jurisprudencial social que tiende también a una interpretación expansiva de esta facultad de reconocimiento del estado psicofísico obligatoria en aras de la seguridad en el ejercicio de actividades con cierto riesgo para terceros -ej. transportes-<sup>144</sup>.

4. En otros, se establece que los análisis sobre consumos nocivos se realicen de forma simultánea a los reconocimientos previos a la contratación (Convenio colectivo de la empresa Transmol Logística, SLU (BOP Huelva 21/1/17)).

5. Sorprendentemente, son pocos los convenios que hacen una previsión de este tipo de controles cuando ha mediado un incidente o un accidente en el centro de trabajo o durante la jornada laboral<sup>145</sup>.

6. Asimismo, hallamos convenios colectivos que prevén estas pruebas con un carácter discrecional, incluso aleatorio, sin explicitar el carácter indispensable de este tipo de análisis más allá del principio de tolerancia cero en el consumo de sustancias estupefacientes o alcohol<sup>146</sup>.

<sup>142</sup> En tal sentido, el art. 87 in fine CC Agencia de Medio Ambiente y Agua de Andalucía (BOJA 20/12/18) en que la obligatoriedad o no se hace depender de lo que considere el comité de seguridad y salud.

<sup>143</sup> Ej. art. 35.8 CC Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, S.L. Almería o art 27 Metro de Málaga.

<sup>144</sup> Ej. art. 14.6.6 CC Metro de Sevilla o el art. 17.4.3.1º CC HBA, SL; art. 35.8 CC Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, S.L, art. 40 CC Jiménez Lopera, SA (BOP Granada núm. 36, 22 febrero 2019)....

<sup>145</sup> Ej. art. 14.6.6 del Convenio Colectivo de la empresa Metro de Sevilla, Sdad. Concesionaria de la Junta de Andalucía, S.A, o el art 27 del II Convenio colectivo de Metro de Málaga, SA).

<sup>146</sup> Ej. art. 36 del Convenio colectivo de la empresa Residuos Urbanos de Jaén, SA (BOP Jaén 18/6/18 o el art. 41.c del Convenio colectivo de la empresa CESP, SA (Limpieza Pública de Tomares) (BOP Sevilla 27/4/18).

<sup>139</sup> Por ejemplo, CC CESP (Limpieza pública de Tomares), publicado en el BOP Sevilla 27 de abril de 2018. Incluso su art. 15 evidencia una actitud de reprobación ético-social y jurídica respecto de toda situación asociada a la embriaguez, como la retirada del carné: “En el caso de que la sanción gubernativa se produjera como consecuencia de la embriaguez declarada, la relación laboral quedará en suspenso, no estando la Empresa obligada a abonar retribución alguna. Una vez cumplida dicha sanción, el trabajador se reincorporará a su puesto de trabajo en las mismas condiciones que venía disfrutando antes de la retirada del carné”.

<sup>141</sup> Entre otros, el art. 36 CC Sector de Auto-Taxi de Andalucía (BOJA 8/2/19); art. 35 CC de la empresa Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, S.L. (BOP Almería 6/3/2020); art. 27 del II CC Metro de Málaga (BOP Málaga 21/3/19); o el art. 14.6.6 del Metro de Sevilla (BOP Sevilla 21/12/19)).

Recuérdese que estamos ante claros controles de estado de salud y, como tales, ofrecen información sobre un tema especialmente sensible -art. 9 Reglamento General de Protección de Datos-, lo que exige una protección reforzada. Por lo tanto, conforme al art. 6 y 9 RGPD debe haber justificación razonable (si quiera sea de medicina preventiva), darse información específica y previa a su realización, y minimizar el control. Por supuesto, no puede tener usos derivados (disciplinarios). Asimismo, el principio de participación colectiva en estos casos es determinante para lograr el debido equilibrio de posiciones muy desiguales al respecto.

**7.** No como una forma de detección precoz de consumos problemáticos, sino claramente como una prueba de verificación de la sospecha previa de estar ante esta situación, otra tipología de cláusulas convencionales al respecto condicional la obligatoriedad de pasar el control a que la persona trabajadora presente signos evidentes de intoxicación<sup>147</sup>.

**8.** La negociación colectiva apenas prevé nada respecto del procedimiento para tales pruebas, dejándose en manos de la empresa y su ejecución técnica.

La negociación colectiva parece considerar este tema como una “caja negra”, en la que no entra, dejándolo en manos de las personas profesionales que la practican por cuenta de la dirección de la empresa. No es baladí esta cuestión, pues el concreto tipo de muestras tiene un efecto u otro en la privacidad de la persona trabajadora. Precisamente por ello, suele ser uno de los aspectos más regulados expresamente en los procedimientos o protocolos de gestión integral de los consumos problemáticos y adicciones, aun de ámbito estatal o no específicos para Andalucía (ej. FCC para la Contrata del Consejo Comarcal del Tarragonés<sup>148</sup>, Telefónica, Renfe, Convenio Colectivo del Puerto de Barcelona, etc.). Sin embargo, solo en contadas ocasiones se atiende a esto en la negociación colectiva formalizada, tratando de acotar esta cuestión (ej. art. 35.8 CC de la empresa Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, SL. (Almería).

<sup>147</sup> Art. 35.8 del Convenio Colectivo de Trabajo de la empresa Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, S.L. (BOP Almería), el art. 17.4.3 del Convenio colectivo de la empresa HBA, SL (BOP Granada 3/7/19), el art. 36 in fine del CC Sector Auto-Taxi Comunidad Autónoma de Andalucía o el art. 27 del II Metro de Málaga, Sociedad Anónima (BOP Málaga 21/3/19).

<sup>148</sup> Prevé hasta un reglamento interno de reconocimientos médicos, con previsiones tanto para los supuesto de resultados negativos como positivos; en este último caso, diferenciando si de un valor inferior a 0,25 mg/l o superior (al cual queda asimilado el positivo en drogas) a la hora de adoptar una decisión que puede oscilar, desde la retirada de servicio con jornada retribuida, hasta el despido.



En cambio, sí suele preverse que las realizaciones de estas pruebas requieran información a la representación legal de las personas trabajadoras de forma previa (así, por ejemplo, el art. 17.4.3 del Convenio colectivo de la empresa HBA, SL) y, en su defecto, a la comisión paritaria del convenio (ej. art. 27 del II Convenio colectivo de Metro de Málaga SA) o, en fin, el Comité de Seguridad y Salud (art. 87 *in fine* del Convenio Colectivo de la Agencia de Medio Ambiente y Agua de Andalucía. Sin embargo, en muy pocos casos está prevista la presencia, en la realización efectiva de los controles, de la representación legal (ej. art. 22 del Convenio URBASER, SA, Huelva).

En suma, la negociación colectiva tiende a ver las pruebas de detección -precoz- de los consumos problemáticos de sustancias de forma obligatoria, invirtiendo la regla del art. 22 LPRL. **Resulta difícil hallar referencias convencionales a la necesidad de consentimiento informado** (que es el principio que presupone el TC, si bien el TEDH parece ser más proclive al reconocimiento obligatorio, pero para cierto tipo de actividades y empresas, donde la seguridad sea un elemento central) para que se legitimen estas pruebas. A lo más, se limita a recordar el deber de confidencialidad.

Es llamativo, en este contexto, pues, el **Convenio Colectivo de CESP (actividad de Limpieza en Tomares-Sevilla-)**. Su artículo 41 (Vigilancia de la Salud y Riesgos Especiales) en su letra C), prevé, entre las situaciones especiales requeridas de tratamiento particular o propio el:

**“C) Consumo de alcohol, drogas tóxicas y estupefacientes que repercutan en el trabajo (...)”<sup>149</sup>.**

<sup>149</sup> No deja de ser interesante que este convenio colectivo -menos comprometido con políticas de gestión eficaz de los riesgos de situaciones adictivas de las personas trabajadoras que el del centro de trabajo de esa empresa en Huelva, como se indicó-, incluya en su artículo 42 una serie de compromisos de índole programática adicional que parece promover tanto un enfoque de la gestión de la salud global ambiental como una perspectiva de análisis ergonómico del trabajo, de modo que la personas trabajadoras puedan influir en sus condiciones de trabajo, no quedar completamente determinado por ellas. Así, por lo que aquí interesa, de un lado, se compromete a que (1) “el medio ambiente de trabajo debe ser satisfactorio, teniendo en cuenta la naturaleza de los trabajos y de los progresos sociales y técnicos asumidos por la Sociedad. Las condiciones de trabajo deben adaptarse a las actitudes físicas y mentales del trabajador”. De otro, dentro un plan de mejora global de las condiciones de trabajo que puedan considerarse de tipo “insalubre, tóxico, penoso o peligroso”, para que queden con “un carácter excepcional y provisional, adoptándose las medidas pertinentes para que tales circunstancias desaparezcan o disminuyan sus incidencias” (el art. 34 CC Estatal parece asumir más inciertamente esta mejora), se compromete (2) a realizar “un esfuerzo para organizar el trabajo de tal forma que el trabajador, a su vez, pueda influir en las condiciones de trabajo”. Recuérdese que, según la Encuesta de Consumos de Sustancias en el Medio Laboral, tanto los trabajos penosos e insalubres como el inadecuado ambiente o entorno laboral, son dos de los factores más relevantes de incidencia en las prevalencias de consumos problemáticos, y eventuales adicciones, en la población trabajadora

En esta materia, el convenio, además de remitirse “a lo estipulado en el Convenio del sector de saneamiento público, limpieza viaria, riego, recogida, tratamiento y eliminación de residuos, limpieza y conservación de alcantarillado”

“...autoriza a la empresa a recabar el consentimiento individual al sometimiento a los test de alcoholemia de los trabajadores de la plantilla”.

Contrasta, en cierto modo, este modelo basado en el consentimiento individual con el modelo claramente de obligatoriedad al sometimiento de la prueba requerida que establece el Convenio estatal, al que se remite con carácter general, el convenio de centro de trabajo, según se ha indicado. En efecto, el artículo 68 del Convenio Colectivo Estatal (2013-2019) incluye, dentro de la gestión preventiva de los riesgos laborales -lo que no es óbice para que previamente prevea, en el régimen disciplinario o código de conducta ético-laboral, como infracción grave, si no tiene una repercusión directa en el trabajo y como infracción muy grave, si existe esa incidencia-: “7- El consumo de alcohol, drogas tóxicas y estupefacientes que repercutan en el trabajo”.

Tras partir de un enfoque de reproche ético-social y económico-laboral (no sólo da lugar a situaciones que disminuyen notablemente las capacidades de las personas empleadas afectadas, sino que incrementaría también los riesgos de inseguridad para los compañeros de trabajo), justificando de este modo adicional el derecho -previsto en la ley- a sancionar tales conductas, recuerda que la empresa tiene a su disposición diferentes medidas para resolver este problema. Entre ellas cita la facultad de ordenar controles específicos a quienes acudan bajo influencia de un consumo problemático de sustancias, por lo que:

“...sin menoscabo de las garantías exigibles respecto de la dignidad, intimidad y respeto a la persona... el miembro del personal que acuda al puesto de trabajo bajo los efectos de alcohol...o sustancias psicotrópicas, tendrá la obligación a requerimiento de la empresa de someterse a la prueba pertinente para la detección...”

La eventual negativa a tal requerimiento por parte de la persona trabajadora se considerará -como sucede en la mayor parte de la experiencia convencional referida, si bien las graduaciones divergen entre unas y otras- “como falta grave”. Eso sí, para que esa prueba ad hoc -como vemos no se trata de pruebas discrecionales o aleatoria- pueda legitimarse debe existir un indicio objetivable de su estado sospechoso de una afectación por

sustancias nocivas. Por eso, se exige, a modo de justificación objetiva y de contrapeso colectivo, que “...dichas circunstancias habrán de ser corroboradas por testigos, con la presencia, siempre que fuese posible de algún representante...”

Finaliza este tratamiento -ciertamente ambiguo- de la negociación colectiva del sector -aplicable a la empresa establecida en Andalucía de referencia por la remisión general que hace a la regulación estatal- con una cláusula de habilitación general, a los niveles inferiores de negociación, para establecer políticas específicas a tal fin. Esta llamada negociadora -declarativa, pues de no existir también la tendrían, sin que pueda ser prohibida ex art. 84.2 ET a la unidad de empresa- refleja claramente la dualidad o la ambivalencia de esta política de control. Tanto parece servir a la mejora de la salud integral cuanto a la mayor eficacia de la sanción disciplinaria. Así prevé:

“En ámbitos inferiores de negociación, **se hace posible el acordar la implantación y concreción de cuantos procedimientos o programas posibiliten la realización durante el tiempo de trabajo de un test de alcoholemia** y de drogas y de control de los resultados los mismos, **y en su caso, si así se pactase, de aquellos programas que proporcionen a la persona información, asesoramiento y orientación hacia un tratamiento**, que le facilite la ayuda necesaria para solucionar los problemas relacionados con el consumo de drogas y/o alcohol”

El carácter meramente obligacional o de compromiso futuro, sin disponer un valor normativo, de esta cláusula es manifiesto (los términos de la redacción son de naturaleza potestativa; se abre a decisiones inciertas -“en su caso...”, etc.). Además, no incorpora cláusula puente alguna entre la potestad disciplinaria y la preventiva, incluso asistencial, pues no hay cláusula de seguridad en el empleo (cláusula colectiva de protección frente al riesgo de desconexión ocupacional por la adicción).

El hecho es que, de la experiencia de los niveles de negociación inferior, se desprende un modelo de gestión notablemente diversificado, lo que quizás debería mover a una verificación, por la comisión paritaria del convenio, de la suerte final de esta previsión convencional. En cualquier caso, no deja de ser una positiva puerta abierta a la esperanza de avance e innovación, sin perjuicio de sus desajustes y disfunciones en términos de coherencia y eficacia, en esta materia y sobre la cual promover una acción sectorial y empresarial, respecto a la gestión proactiva de las adicciones, más expansiva, innovadora e integral.

### 9.2.6. ¿Cuál es el estado del arte convencional respecto de las adicciones sin sustancia?: asignatura pendiente y algunos “brotes verdes”.

En el breve repaso realizado por el estado del arte convencional en el plano estatal en materia de adicciones, como instrumento de comparación con la situación que existe en Andalucía, vimos cómo, muy tímidamente, comienzan a abrirse paso las llamadas adicciones sin sustancia o conductuales. Precisamente, según también se explicó en la introducción de este estudio, la principal novedad de la ENA es la incorporación de esta otra rama de las dependencias o adicciones. También los más consolidados e innovadores marcos legales autonómicos las incorporan (ej. ley vasca).

Y los caminos son muy diferentes, según se indicó con algún detalle ut supra. Así, muy sintéticamente ahora, se recordará que una vía de apertura se halla, si bien algo diluida, en las experiencias convencionales que formulan genéricamente su propósito, compromiso, medidas o programa, incorporando las dependencias o adicciones de forma genérica o indiscriminada (ej. plan de “lucha contra las dependencias”; “derecho a facilitar la rehabilitación del personal que sufra algún tipo de drogodependencia o adicción social”, etc.<sup>150</sup>). Más tangible, aunque particular, y bien conocida, es aquella de incluir en el compromiso no tan solo las drogodependencias sino la ludopatía, de forma nominativa<sup>151</sup>.

Y, claro está, más innovadoras son las cláusulas obligacionales que comprometen a las partes firmantes del convenio, de forma directa, aunque futura, y global o unitaria, y modernizadora, “negociar un protocolo de prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral”<sup>152</sup>. Llegando a la máxima vía de innovación cuando el compromiso de autorregulación convencional, aun obligacional, reúne de modo expreso lo más conocido con lo más novedoso, esto es:

<sup>150</sup> E.J. Art. 29 CC Transportes Urbanos de Badajoz, SA (DO Extremadura núm. 248, 2 agosto 2017), art. 94.7 VIII CC Personal Laboral al Servicio de la Administración de la Junta de la Comunidad de Castilla-La Mancha (DO Castilla-La Mancha núm. 217, 9 noviembre 2017), etc.

<sup>151</sup> E.J. art. 9 CC Opel España, SLU, art. 45 CC Android Industries Zaragoza, SL -BOP Zaragoza núm. 284, 12 diciembre 2019-, Art. 38 CC Sector Comercio de Flores y Plantas -BOE 216, 6 septiembre 2018), etc.

<sup>152</sup> E.J. Arts. 23.7, 61.3) y 73 in fine CC Quirón Prevención, SLU (BOE núm. 151, 25 junio 2019).

**“el tratamiento de las situaciones de ludopatía y dependencia de las TIC”** (Cláusula 9 II CC Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad)<sup>153</sup>.

**¿Y la negociación colectiva en Andalucía, reproduce, más o menos esta situación u ofrece perfiles diferenciadores y merecedores de destacarse especialmente?** A nuestro juicio, la situación puede ser, globalmente considerada, análoga a la derivada de una revisión de la negociación más reciente a nivel nacional. Aunque, en efecto, **quizás siga pesando en nuestras específicas unidades de negociación un poquito más la tradición, la ley de la inercia**, y sea aún más reducido el grupo de convenios abiertos a la nueva dimensión conductual de las adicciones que en la negociación estatal (si bien aplicable en nuestro tejido económico-empresarial, lógicamente).

El peso de la tradición se comprueba en la notable mayor frecuencia del enfoque, una vez más, disciplinario que presenta este tipo de adicciones respecto de la lógica preventiva. Al respecto, el tratamiento convencional más usual, respecto del juego, es su configuración como una infracción contractual o grave o muy grave, según tenga una influencia clara en el trabajo y tipificada normalmente como “*entregarse a juegos estando de servicio*”. Aunque es evidente que una situación de este tipo puede tenerse como un incumplimiento de las obligaciones de rendimiento normal o razonable en el ámbito contractual laboral, no menos manifiesto es que estas situaciones pueda estar motivadas por afecciones que no son imputables a las personas trabajadoras, puesto que eso significa la ludopatía, o el juego problemático, al hacer perder a la persona el equilibrio psicosocial en torno a sus decisiones.

Desde esta perspectiva, entendemos que tipificaciones de esta manera sin más han de dar lugar a una reflexión algo más detenida, a nuestro juicio, en las comisiones de negociación.

Así:

**a)** El tipo no suele reflejar la causa de esa conducta de darse al juego estando de servicio, cuando es posible que pueda derivar de una decisión libre por parte de la persona trabajadora (“conducta viciada”), pero también de dependencias.

<sup>153</sup> En la misma línea el art. 32.3 (permisos sin sueldo) VII CC Oficinas y Despachos de la Provincia de Huesca (BOP Oficial de Huesca núm. 234 de 07/12/2018).



b) Tampoco se repara, al menos de forma suficientemente generalizada, en el aspecto de la graduación. A diferencia de lo que suele suceder respecto de la embriaguez o la toxicomanía (adicciones con sustancia), para el juego en el trabajo no suele fijarse grados que calibren su gravedad. sin que afecte de forma significativa al trabajo.

Estos desajustes también pueden apreciarse en el tratamiento convencional de la eventual concurrencia del riesgo de adicción tecnológica. Los convenios cada vez más incorporan en sus cláusulas referencias a protocolos de usos razonables de los medios informáticos. Sin embargo, suelen quedarse en un tratamiento binario: se permite el uso productivo, se prohíbe el uso particular, sin más precisión (a lo más, se acepta un uso particular moderado o razonable). Por lo tanto, todo incumplimiento de esta obligación se circunscribe al ámbito disciplinario. Ejemplo es el art. 52.2 del CC de la empresa ALHÓNDIGA LA UNIÓN, S.A. (BOP Almería). Califica como infracción grave:

*“entregarse a juegos o distracciones en las horas de trabajo. En particular y a título de ejemplo, se considerarán juegos o distracciones el uso de redes sociales o sistemas de mensajería instantánea como por ejemplo WhatsApp, cualesquiera que sean, dentro de la jornada de trabajo, y ya se emplee para ello medios de la Empresa o propios”.*

**De nuevo, encontramos que los convenios son más proclives a asumir esta nueva tipología de adicciones** o usos problemáticos sin sustancia, conductuales, **siguiendo la pauta disciplinaria tradicional**, reproduciendo el mismo desajuste que respecto de las adicciones clásicas, con sustancia. Como si la “ley de la inercia” dictara de forma implacable su ley y ello pese a las mutaciones de los entornos de trabajo, cada vez más digitalizados y que, en consecuencia, pueden revelarse como factores agravantes de una dependencia conductual (juego online, tecno-adicción).

No obstante, también en este ámbito ciertas unidades negociadoras se muestran más aperturistas, apuntando un horizonte de mayor visibilidad de estas adicciones conductuales y, por lo tanto, da esperanzas de corrección de las mismas en la población trabajadora, con enfoques más proactivos, convergiendo poco a poco la evolución del tratamiento convencional

de las unas -las drogodependencias<sup>154</sup>- y las otras -adicciones conductuales-. Piénsese, por ejemplo, en el artículo 66 del citado CC de la empresa de limpieza y protección ambiental, S.A. Municipal (LIPASAM). Este precepto convencional atribuye al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo la competencia de

**“Participar en el seguimiento de los casos de drogodependencia y ludopatía para reducir las causas y consecuencias del consumo de drogas, alcohol y del juego en el entorno laboral, mediante acciones de concienciación, preventivas, asistenciales y rehabilitadoras”.**

Esto es, el enfoque de gestión integral que plantea para las drogodependencias lo hace también explícitamente extensible a las ludopatías. Una comprensión unitaria que también apreciamos en otros convenios colectivos de empresas públicas, como la de aguas municipales de Málaga (ACOSOL). Y, lógicamente, han de traerse a colación los convenios colectivos de ámbito estatal y, en consecuencia, aplicables también en nuestro territorio, como el **II CC de Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad**. Por su relevancia, será estudiado en el catálogo de buenas prácticas de autorregulación convencional-gestión proactiva de las adicciones, consolidando y ampliando significativamente una experiencia exitosa y pionera en nuestro país. Asimismo, para finalizar este repaso convencional andaluz sobre el estado del arte de autorregulación de las adicciones en los entornos de trabajo, incluso cabría identificar alguna experiencia de negociación colectiva andaluza que va más allá del reconocimiento de las adicciones de esta guisa (ludopatías y tecnologías digitales), para apuntar hacia otros temas cada

<sup>154</sup> Aunque, a cuentas gotas, pero el número de convenios colectivos que van asumiendo la dimensión no solo disciplinaria sino preventiva de las drogodependencias va sumando, y seguramente así sucederá respecto de las adicciones conductuales, aunque la acción más significativa sea de tipo comunicacional y educativo. Como reconoce la Disposición Adicional 1ª del CC de la empresa municipal de limpieza colegios y dependencias municipales de Huelva, en una típica cláusula de contenido obligatorio del convenio: “...conscientes de la problemática de las drogodependencias y en aras de dar soluciones a este colectivo, especialmente con la intencionalidad de procurar acciones positivas de prevención de actuaciones no deseables de dependencias de drogas, **acuerdan la inclusión en el mismo de las ...acciones de carácter preventivo, aunque de naturaleza exclusivamente formativa, informativa o sensibilización”.**

vez más importantes en el ámbito de los hábitos saludables y la prevención de trastornos de personalidad con potenciales efectos patológicos muy graves. Es el caso, por ejemplo, del **Anexo II del Ayuntamiento de Sorbas (Almería), para el personal laboral**. En él se reconoce el derecho a una ayuda para compensar los gastos realizados para diferentes tratamientos de salud mental, entre los que incluyen los procesos de asistencia para la desintoxicación o la deshabituación, así como los “trastornos alimentarios de origen psicológico”.



## 10. Experiencias empresariales de gestión de las adicciones en el trabajo desde un enfoque integral: estudio de casos en el ámbito andaluz.



### 10.1. La muestra con especial atención a empresas y entidades establecidas en Andalucía: criterios de selección.

En el apartado de este Estudio dedicado al tratamiento por la negociación colectiva, de ámbito estatal, de la cuestión de las adicciones en la población trabajadora, tuvimos la oportunidad de reflejar las principales experiencias empresariales que han destacado en una gestión proactiva, no meramente disciplinaria, de esta gestión. Empresas tales como RENFE -antes de ser Grupo ADIF-, Telefónica, Fomento de Construcciones y Contratas, Opel, General Motors, así como diversas compañías aéreas, no solo fueron pioneras en este ámbito de gestión propio del paradigma de las “empresas saludables”, sino que, con diversas vicisitudes, han ido marcando una notable evolución. Por tanto, remitimos para recordar esos ejemplos -y otros- a la sección de referencia del Estudio.

En este apartado, la muestra seleccionada para lo que podrían entenderse, según la concepción expresada en su momento (siguiendo el paradigma de la OIT), por “buena práctica de gestión integral y proactiva”, no disciplinaria, de las adicciones en el entorno laboral, pretende responder a un doble criterio. Uno territorial y otro cualitativo. En el primer plano, **pretendemos centrarnos en empresas y entidades que tengan una especial implantación en Andalucía.**

Por eso, si bien determinadas empresas referidas y seleccionadas, como son el **Grupo ADIF, NAVANTIA, HEINEKEN** o la empresa **CESPA**, sociedad mercantil que forma parte del Grupo Ferrovial Servicios en España, tienen una dimensión territorial mucho más amplia, es claro que tienen una especial incidencia en Andalucía, por lo menos en ciertas provincias. En otros casos, como **ACERINOX EUROPA, SAU**, integrante del Grupo Acerinox (también aquí concurre su carácter multinacional, sabido es que trasladó hace unos años también su domicilio a Andalucía<sup>155</sup>. CESPA es una empresa estatal “pulverizada” en múltiples centros de trabajo, en toda España.

El otro -segundo- criterio es relativo **al enfoque principal asumido** por la acción o práctica de la empresa en la gestión de las adicciones en la población empleada, **de modo que no solo no sea disciplinario, sino que resulte tendencialmente integral, y**

<sup>155</sup> Es la segunda empresa exportadora de Andalucía. Vid. “Acerinox, la salud y la seguridad por encima de todo [https://www.europasur.es/campo-de-gibraltar/Acerinox-salud-seguridad\\_0\\_1453955136.html](https://www.europasur.es/campo-de-gibraltar/Acerinox-salud-seguridad_0_1453955136.html)

**en todo caso, proactivo.** Por eso, aunque dejaremos constancia de diferentes tipos de acciones o experiencias de gestión empresarial del problema de las adicciones en el lugar de trabajo no disciplinaria, si bien en una faceta más asistencial que proactiva, nos centraremos en las que más se orienten hacia una gestión integral. Es el caso, desde hace tiempo y de forma pionera, como luego se indicará, respecto de su sector, de la **SOCIEDAD DE ESTIBA Y DESESTIBA DEL PUERTO DE ALGECIRAS-LA LINEA**. También en esta dirección se mueve la Corporación Pública Empresarial de la RTVA, que tiene naturaleza de Agencia Pública Empresarial perteneciente a la Junta de Andalucía (**Grupo audiovisual RTVA**)<sup>156</sup>.

De ahí que, como se comprobará también, convenga hacer dos observaciones de inicio. La primera, que, conforme la información recabada (a través de diferentes vías, directas e indirectas, tanto a través de servicios médicos de las empresas como de la información sindical recibida), **son más las empresas que evidencian cierto interés por algún tipo de acción en esta materia, que las que se comprometen de forma expresa a la formalización** o protocolización de este tipo de acciones. La segunda, que hallamos **predominio de las empresas y entidades ya gestoras de servicios públicos**<sup>157</sup>, sean **de capital privado mayoritario** (o lo fueron, como LIMASA, deviniendo ahora sociedad municipal, LIMASAM), sean **empresas públicas** (mayormente municipales), incluso entidades público-administrativas (**Ayuntamientos**)<sup>158</sup>.

<sup>156</sup> Ley 18/2007, de 17 de diciembre, de la radio y televisión de titularidad autonómica gestionada por la Agencia Pública de Empresarial de la Radio y Televisión de Andalucía (RTVA).

<sup>157</sup> Ej.: **ACOSOL** (empresa pública de aguas, dependiente de la mancomunidad de municipios de la Costa del Sol occidental), CETURSA SIERRA NEVADA, EMT (Málaga), AUTOBUSES PORTILLO, LIMPOSAM, AUCORSA (Empresa municipal de transportes de Córdoba), TUSSAM, LIPASAM, SADECO, etc.

<sup>158</sup> Ejemplo el Ayuntamiento de BAILÉN, o el **AYUNDAMIENTO DE OSUNA**, etc.





Asimismo, descubrimos cierta frecuencia en empresas y entidades del “tercer sector” (ej. **Cruz Roja Española, Granada**). En ellas, los parámetros de gestión “empresarial” son bien diferentes a las empresas del sector mercantil. No obstante, en algunos casos, tratándose de entidades privadas, combina una naturaleza socio-asistencial (ej. **Hospital S. Juan de Dios de Córdoba**).

## 10.2. Estudio-síntesis de casos relevantes (experiencias de gestión con un enfoque tendencialmente integral de las adicciones en el trabajo).

### GRUPO ADIF:

Del “PACDA” a la gestión de las “adicciones conductuales”.

#### a. Tradición al servicio de la renovación: la apuesta por incluir en el Plan de Acción contra las Drogodependencias las Adicciones Conductuales.

Si pionera fue RENFE en la gestión asistencial de las adicciones en su personal, hoy nos resulta de especial interés, como se evidenció en su momento, el compromiso de autorregulación convencional y, en coherencia, de gestión empresarial, que acaban de asumir el **Administrador de Infraestructuras Ferroviarias -Adif- y Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad (ADIF-AV)**. Su convenio, que ya fue comentado (BOE, núm.169, de16 de julio de 2019), recoge (cláusula 21ª), dentro de la **política de seguridad y salud en el trabajo**, el clásico modelo de gestión basado en un “Plan de Acción contra la Drogodependencia y el Alcoholismo” (PACDA). Dado que este modelo es ampliamente conocido -ya hicimos referencia a él en el apartado relativo a las empresas pioneras en la materia, todas grandes empresas y la gran mayoría con un objeto social propio de servicio público, aun de gestión mercantil-, aquí vamos a referir sólo a lo más novedoso.

En efecto, de un lado, el convenio colectivo establece un compromiso de concreción del programa, a fin de identificar medidas más específicas de actuación, corrigiendo el exceso de generalidad de los compromisos programáticos. De otro, si bien ahora en la **política de acción social de la empresa**, compromete, con un plazo concreto, una medida de innovación muy significativa. Así, el texto normativo de la Cláusula 9ª, por lo que aquí interesa, reza del siguiente tenor:

“Se elaborará en el plazo de seis meses un plan de actuación para incluir en el PACDA el tratamiento de las situaciones de ludopatía y dependencias a las TIC”.

La política de promoción de la salud laboral del grupo empresarial incorporará, pues, la gestión de las adicciones conductuales, no solo de la más clásica, la ludopatía, ya incorporada -aunque escasamente, cierto-, en un creciente número de convenios, así como de empresas (ej. OPEL), sino las contemporáneas: las tecno-adicciones. Esto es, las dependencias derivadas de las tecnologías de la información y la comunicación, que dejan de tener relevancia solo en la política de usos razonables de las TIC a efectos de productividad, **para proyectarse en la política de usos razonables de las TIC a efectos de salud integral**. Consecuentemente, la prevención de inadecuados hábitos digitales no sólo deberá dirigirse a la prevención de contemporáneos riesgos, tipificados en la nueva legislación de protección de datos y derechos digitales, como es la fatiga digital (art. 88 LOPDGD), sino también como factores de riesgo de adicciones nuevas. Al tiempo, estas políticas actuarían de “factores de protección” frente a usos desviados o nocivos de las TIC.

#### b. Una nueva perspectiva innovadora en materia de gestión de adicciones: atención a los factores de riesgo-protección, aún de forma inespecífica.

Justamente, esta última referencia nos permite traer a colación el renovado enfoque de gestión de las adicciones en el trabajo que hemos analizado en este Estudio, a partir, precisamente, de la valiosa información que, para políticas de seguridad y salud en el trabajo como un enfoque preventivo de las adicciones (mediante la reducción de los factores de riesgo y promoción de los factores de protección), nos aporta la ECML. Y ello pese a que, en efecto, esta encuesta sólo atiende a las adicciones químicas, no a las adicciones conductuales -al menos de momento; la próxima edición sí las incorpora-. En efecto, de un lado, y por referirnos a las tecno-adicciones, ADIF establece, mediante compromisos, una política de usos razonables de las NTIC incluida en la cláusula 13ª y que trata las garantías digitales. En ella se ordena regular la materia laboral del convenio colectivo a partir de las nuevas previsiones de la citada Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOP-

DGDD), ya referida, que, como se ha visto, llama a una **política interna de usos razonables de las TIC** ofrecidas por la empresa para usos productivos, tanto para evitar la fatiga informática dentro del tiempo de trabajo cuando fuera, mediante el derecho a la desconexión digital. Qué duda cabe de que la adquisición de buenos usos, buenos hábitos digitales, servirá no solo para usos productivos y sociales adecuados, también saludables, aun fuera de la empresa.

Con base en este compromiso, y para darle mayor concreción, se compromete la negociación de periodos y horarios de desconexión digital laboral. Todo ello, dentro de una **Guía de uso de los medios digitales en el marco legal establecido. Precisamente, como factores de protección relacionados con las NTIC podemos analizar las medidas de conciliación de la vida personal y profesional**. Así, ADIF con el fin de posibilitar en la mayor medida posible la incorporación laboral y los principios de conciliación familiar y racionalización de horarios de trabajo, reconoce la necesidad de implantar los elementos necesarios que faciliten el denominado desempeño laboral del teletrabajo (cláusula 15ª). Lo que, en sí mismo, supone viabilizar la reducción de jornada semanal previsible, junto con la supresión de horas de exceso de jornada y los elementos básicos de la desconexión digital.

Igualmente, se deberá de constituir un Grupo de Trabajo Mixto con el objetivo de analizar la posible modificación de los actuales límites de inicio y finalización del sistema de horario flexible, con el objetivo de su adecuación a las condiciones de conciliación (cláusula 16ª Horarios laborales). No obstante, con independencia de dicho compromiso, en el convenio colectivo se acuerda:

- “Establecer las 18:00 horas como límite de salida para la jornada partida excepto en los servicios vinculados a la explotación ferroviaria.
- A fin de facilitar la conciliación, la hora de entrada de la jornada flexible se fija entre las 7:00 horas y las 9:30 horas; debiendo informar el trabajador o trabajadora a su jefatura por periodos mensuales, el horario de entrada a realizar en el mes siguiente en su dependencia.
- En los ámbitos donde el servicio lo permita, se implantará la jornada intensiva en los meses estivales”.

#### c. Valoración final.

Llegados a este punto, parece razonable entender que, mediante esta experiencia, entidades pioneras en la gestión de las adicciones tradicionales, asumen la evolución. En línea con la

Estrategia Nacional de Adicciones, la empresa, con la representación laboral, no sólo toman conciencia del cambio, sino también se comprometen, para darle practicidad, en una vía de progreso hacia entornos laborales de salud integral.

ADIF	
<b>Marco Regulator</b>	Convenio Colectivo de Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras Ferroviarias -Adif- y Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad (ADIF-AV) (BOE, núm.169, de16 de julio de 2019).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	- Plan de Acción contra la Drogodependencia abierto a Adicciones de nuevo cuño -conductuales-. - Visión dinámica del compromiso: nuevos planes de acción y nuevas medidas protectoras en el PACDA. - Llamada a políticas e instrumentos que conviertan los factores de nuevos riegos en factores de protección, también frente a las tecno-adicciones, o solo la fatiga informática. -políticas de usos razonables nuevas tecnologías; políticas de conciliación, etc.-.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	- Es muy adecuada la determinación de competencias a un órgano representativo especializado, como es el Comité de Seguridad y Salud. - Establece una guía de uso de los medios digitales en el marco legal establecido. - Inclusión de adicciones conductuales (ludopatías y dependencias a las TIC) y con sustancias (alcohol y drogas). - Desarrollo normativo en el marco de la negociación colectiva del teletrabajo a razón de los principios de conciliación familiar y racionalización de horarios de trabajo.
<b>Aspectos mejorables</b>	- Una cláusula específica que conecte más concretamente el sistema de prevención de factores de riesgo, incluida la evaluación, con la creación de factores de protección frente a las adicciones. - Una mayor especificación -visualización y transparencia- de las acciones asistenciales y de garantía de seguridad para quienes sean personas empleadas afectadas por cualquier tipo de adicción. Se entiende que es misión del Grupo de Trabajo que fije el protocolo de inclusión y renovación del PACDA.

**ACERINOX EUROPA:**

Una experiencia de progreso desde el protocolo de gestión (asistencial) de las adicciones en la empresa al paradigma de empresa saludable.

**a. Un primer paso relevante hacia el paradigma de empresa saludable: la firma de un protocolo de gestión no disciplinaria de las adicciones.**

ACERINOX EUROPA es una muy destacada empresa andaluza que forma parte de un grupo empresarial multinacional, dedicado a la fabricación de aceros inoxidables. Cuenta con dos centros de trabajo referenciales en el territorio andaluz, Málaga y Cádiz. No obstante, es la Bahía de Cádiz su principal lugar de establecimiento. Conforme se ha podido verificar de sendas fuentes (tanto de personas delegadas de prevención con las que nos hemos entrevistado, a través de los enlaces proporcionados por los sindicatos que integran el IAPRL, cuanto del servicio médico propio de la empresa, conexión a veces proporcionada por los diferentes Centros provinciales de Prevención de Riesgos Laborales **-aprovechamos para agradecer a todos, centros e interlocutores sociales su valiosa colaboración-**), a raíz de una eficaz campaña de promoción de modelos de gestión no disciplinaria de las adicciones en las empresas, ACERINOX EUROPA alcanzó un acuerdo para implantar un típico *Plan de Prevención de drogodependencias y adicciones comportamentales* (2 de julio de 2008).

De inicio, se trata de una buena práctica, conforme a los estándares de la OIT, a su vez recogidos en las diferentes Guías prácticas desarrolladas al respecto, tanto en el plano institucional como por los propios interlocutores sociales (CCOO, UGT, CEOE y sus organizaciones autonómicas, etc.), sobre los que se dio cuenta en el Estudio y que no reiteramos ahora. Primero, porque supone una formalización del modelo de gestión (garantía de transparencia y visibilidad de la acción proactiva y asistencial). Segundo, porque está consensuado entre la dirección de la empresa y la representación sindical de las personas empleadas (Federación minerometalúrgica de CCOO y Federación MCA-UGT), por lo que constituye un compromiso articulado mediante acuerdo de empresa. Tercero, porque incluye acciones preventivas y de promoción de la salud en el trabajo frente a las adicciones, conforme a una gestión integral

Finalmente, porque incorpora no sólo las adicciones más tradicionales (químicas o con sustancia), sino también las modernas (conductuales). Merece la pena reseñar este dato, en la medida

en que se anticipa a su tiempo, pues en esa época, el marco aplicable, tanto institucional como legal, hacía referencia únicamente a las drogodependencias. Sin embargo, aquí se habla ya de las adicciones conductuales, lo que evidencia que ofrecen un recorrido mucho más amplio que el que se le supone, pese a la resistencia a aplicarse de forma real o práctica.

El Plan asume expresamente que, de un lado, las adicciones en el lugar de trabajo “han de ser consideradas y tratadas como una cuestión de salud”. De otro, y por lo tanto, las acciones concretas acordadas en el Plan “están dirigidas fundamentalmente a la prevención y en ningún momento supondrá una actuación de carácter punitivo o sancionador”. Además, y reflejando ya la evidenciada transformación del enfoque que impulsa la OIT, no se dirige solo a las personas que puedan tener una afección de este tipo (lo que llama enfoque regido por el “principio de enfermedad”), esto es, lo que llama “zona roja” la OIT, sino que tiene como objetivo “el conjunto de la plantilla” (la zona verde, siguiendo la metáfora del semáforo). En consecuencia, no solo contempla la triple dimensión de todo plan integral (preventiva, asistencial y de reinserción), sino que se incluye: **“...dentro de un marco más amplio de fomento de la salud de los trabajadores y trabajadoras”** (personas trabajadoras).

**b. Compromiso con la prevención primaria: acciones educativo-formativas concretas en gestión proactiva de las adicciones en el trabajo.**

El Plan de Acerinox Europa es un ejemplo de compromiso fuerte con la faceta preventiva frente a las adicciones en el trabajo. Como se recoge en el citado Repertorio de Recomendaciones prácticas de la OIT, la dimensión preventiva primaria conoce más de una estrategia o técnica para ser exitosa. Entre ellas recuerda:

- Acción educativa: mensajes sencillos sobre los riesgos para la salud por excesos, a fin de sensibilizar a toda la plantilla y capacitar para colaborar en su gestión.
- prohibiciones del uso de drogas en el lugar de trabajo.
- capacitación de personas directivas, cuadros intermedios, personal técnico y a las representaciones laborales para una detección precoz del abuso de drogas.
- programas de gestión de riesgos laborales, en especial psicosociales, evaluando y corrigiendo los factores de riesgo que aumentan los consumos abusivos (evaluación y planificación).

- programas de promoción de la salud y de hábitos saludables de vida;
- pruebas de detección sobre el uso de drogas (cuando sea apropiado).
- acceso a servicios de orientación y apoyo psicológico preventivo (counseling, coaching).

De este amplio elenco de recomendaciones, en el ámbito de la prevención primaria, el protocolo se compromete expresamente una campaña informativa de carácter general sobre las adicciones y sus efectos nocivos, tanto sobre la salud individual como colectiva, así como respecto del ambiente de trabajo y su pérdida de calidad. También de acciones formativas adecuadas, según competencias en la empresa (en línea con lo que fija el art. 29 LPRL). Al respecto, debemos resaltar que no sean solo compromisos genéricos, sino que el Plan concreta, específica, cómo ha de llevarse a cabo esa acción preventiva relativa a la información-sensibilización-formación, a todos los niveles de organización de la empresa, también a la representación laboral, claro.

En esta actividad informativo-formativa se incluye expresamente el estudio básico de todos los factores de riesgo y de protección del entorno laboral con relación a las adicciones. Sin embargo, salvo la llamada a la formación específica del servicio de prevención en esta materia y su presencia en el Comité de Seguimiento del Plan, no hay más referencia a la conexión entre promoción de la salud y política de seguridad y salud en el trabajo con relación a la gestión preventiva de las adicciones y sus factores de riesgo. Un aspecto que, como venimos recomendando en los diversos análisis de estas prácticas, quizás convenga reforzar en la evaluación de mejora continua del Plan.

En lo concerniente a la acción asistencial (intervención psicosocial en caso de la detección de un caso de dependencia), el Plan compromete el desarrollo de un protocolo para la derivación a la red pública de atención a las adicciones de las personas afectadas de la empresa. Naturalmente, el presupuesto de esa deriva está en la constatación de una voluntad específica de la persona “enferma” empleada de someterse al tratamiento, sin el cual no se actuaría este protocolo. Como vamos a ver de inmediato, esta vía se aplica.

**c. Experiencia real: balance de una década del protocolo de prevención e intervención en materia de adicciones en Acerinox Europa.**

A través del trabajo de campo efectuado (entrevistas -telefónicas, dada la necesidad creada por la pandemia- con informantes clave

de las respectivas empresas, tanto por la dirección-servicio médico como por la representación sindical-personas delegadas de prevención), **hemos podido comprobar**, tanto aquí como en otras muchas experiencias (que sin embargo no podemos contar con denominación de la empresa, por la petición expresa de que no conste su nombre, según indicaremos con relación a las prácticas de gestión informal y no transparente o visibilizada socialmente-, que realmente ha tenido aplicación el plan. En este periodo, **tres serían los casos en los que se habría aplicado, con el siguiente balance:**

- **2** pueden tenerse como experiencias de éxito, porque terminaron con el retorno laboral de la persona empleada adicta sometida a tratamiento, y
- **1**, en cambio, como “fracaso”, en la medida en que no se dio una condición exigida para la corrección del enfoque de la sanción -la recuperación por parte de la persona afectada, dado que no quiso, o no pudo, superar el tratamiento-

En todos se aplicó el protocolo establecido, con una intervención expresa por parte de la Comisión de Seguimiento, asumiendo la empresa la reconducción de los supuestos al centro especializado de la red de atención a personas drogodependientes en la zona. Los casos fueron todos de drogodependencias, ninguno, hasta el momento, de otro tipo de adicciones -conductuales-. Como se ha dicho, el resultado de los diferentes procesos de intervención ha dependido del éxito -o fracaso- del proceso de desintoxicación (deber de autoprotección), empresarialmente acompañado. Donde se ha normalizado la persona afectada, el retorno laboral ha sido garantizado, donde no, ha terminado con la salida de la empresa.

En cuanto a los mecanismos de detección de este tipo de situaciones, es interesante reseñar que, según nos informan, **en ningún caso hubo control previo de detección** de eventuales conductas abusivas. El conocimiento suele derivar de la propia solicitud por la persona trabajadora afectada o por la identificación de conductas sintomáticas.

**d. Nuevos hitos en el camino hacia una empresa saludable: de los controles preventivos por convenio al certificado ENWHP.**

Ciertamente, a diferencia de lo que sucede en otros muchos planes de este tipo -y, desde luego, de un buen número de convenios colectivos recientes, como se estudió-, en el Plan de prevención e intervención proactiva frente a las adicciones de Acerinox Europa no se incluye ninguna referencia a los controles de detección de adicciones. El expresado predominio de la dimensión de

gestión promocional de la salud en el lugar de trabajo elegida por el plan (clave del Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo, Ginebra, 1996) habría llevado a orillar esta cuestión. Ya hemos puesto de relieve su especial conflictividad en la mayor parte de los casos, por la evidenciada diferente visión que sindicatos y patronal suele tener<sup>159</sup>.

No por casualidad, el Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT citado ofrece pautas muy específicas sobre si se debe y, en su caso, cómo se debe implementar una política que exija exámenes -pruebas de despistaje- sobre abusos de sustancias. Como reconoce expresamente

“Los exámenes de drogas (pruebas de despistaje) en el lugar de trabajo siguen siendo una cuestión delicada debido a lo difícil que resulta equilibrar los requisitos de seguridad y productividad con los derechos de privacidad y no discriminación del trabajador” (persona trabajadora)<sup>160</sup>.

Recuérdese que son muchos los convenios que imponen su carácter obligatorio, so pena de incurrir en infracción muy grave, cuando esa dimensión, dado el carácter de una información personal que supone tal control, solo puede derivar de que se incluya en el ámbito del art. 22 LPRL (vigilancia de la salud) y pueda suponer un riesgo relevante para terceras personas. Consecuentemente, para que tales controles sean legítimos han de respetar, además de la confidencialidad, las pautas fijadas por los servicios médicos (y preventivos) de las empresas, por lo general conocidos y refrendados por los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo. Esto es, además de pautas profesionales deberían ser consensuados entre dirección y representación de las personas trabajadoras.

Pues bien, en este contexto, adquiere interés la cláusula 5ª que, de forma novedosa, aparece en el nuevo convenio colectivo

<sup>159</sup> Para esas diversas posiciones vid. CCOO. Formación sindical en drogodependencias, 2016, pp. 17-18. En la misma línea UGT. Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral, 2017, pp. 31-32. En cambio, enfatiza su dimensión de gestión preventiva de riesgos Foment de Treball. Guía de Abordaje de drogodependencia en el ámbito laboral, 2017, pp. 75 y ss.

<sup>160</sup> Vid. OIT. SOLVE: Integrando la promoción de la salud... Ob. Cit. p. 92. Recuerda que las razones más comunes por las que los empleadores implementan pruebas de detección de drogas son:

- disuadir a las personas trabajadoras de caer en consumos abusivos
- evitar la contratación de personas que usen drogas ilegales, o contar con una “prueba científica” que asegure el despido
- identificar y tratar a tiempo a las personas trabajadoras que tienen problemas de drogas y/o alcohol
- ofrecer un lugar de trabajo seguro para las demás personas trabajadoras, así como para el público en general, generando confianza tanto en aquellas como en las personas clientes -reputación en el mercado en que compete-

de ACERINOX EUROPA (BOP de Cádiz, núm.49, de 13 de marzo de 2020). Esta cláusula convencional dedicada a la vigilancia de la salud laboral, incorpora, tras exigir que toda actuación de este tipo quede sometida a “protocolos específicos” disponibles en la empresa, la facultad empresarial de llevar

**“acabo exámenes de salud preventivos, con especial control de vista, alcoholemia, audición, drogas etc., que se realizarán discrecionalmente (...). La empresa y las personas...con responsabilidad en materia de prevención serán informadas de las conclusiones...en relación con la aptitud para... el desempleo o la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención”.**

Por lo tanto, este tipo de controles (como analizaremos con respecto a la práctica de la -buena- práctica de ACOSOL) puede encuadrarse plenamente en el marco de la técnica preventiva de vigilancia de la salud ex art. 22 LPRL. Como se recuerda, establece el deber del empresario de garantizar a sus trabajadores la vigilancia periódica de la salud, en función de los riesgos inherentes al trabajo. Una de las formas de vigilancia de la salud son los reconocimientos médicos, los cuales consisten en la detección, mediante pruebas y exploraciones realizadas sobre el cuerpo del trabajador, de posibles alteraciones a la salud o enfermedades que éste pudiera padecer. Pues bien, se ha considerado que este tipo de pruebas podrían encajar en los “controles para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un riesgo para terceros” (para la seguridad de sus compañeros, para la seguridad de personas usuarias, etc.).

Conviene también resaltar cómo esta política de vigilancia de la salud laboral no aparece aislada, sino que se enmarcaría en la decisión empresarial de adherirse a la Declaración de Luxemburgo y de promover “programas de estilo de vida y trabajo saludable”, conforme al paradigma -certificado- ENWHP (*European Network For Workplace Health Promotion*)<sup>161</sup>. Por lo tanto, la política de promoción de la salud en el trabajo debe atravesar todas las políticas de empresa, también la de prevención de riesgos laborales, y viceversa. Como se recordó, la referida disposición adicional 5ª se inicia con el reconocimiento de esa incorporación a la red ENWHP.

<sup>161</sup> Como vimos al inicio de este Estudio, la “Declaración de Luxemburgo” es un documento de consenso elaborado por la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP), en el que se establecen los principios básicos de actuación y el marco de referencia de una buena gestión de la salud de las personas trabajadoras en la empresa. Recuérdese que, además, se vincula, hoy a un Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS 3): Salud y Bienestar. Empresas como Navantia también han llevado a cabo esta adhesión, incluyendo la referencia al ODS 3.

De ahí que sea conveniente una mayor conexión entre el régimen disciplinario -que se mantiene y es bastante severo (califica como infracción muy grave el consumo habitual, al margen de que incida o no en el rendimiento de la persona trabajadora afectada de la adicción- y el régimen de promoción de la salud en el trabajo, incluido el control preventivo relativo a tales consumos, como expresa el convenio. En cualquier caso, como perspectiva integradora y con la búsqueda de la calidad de vida de las personas trabajadoras, resulta interesante el reconocimiento de la adicción como una enfermedad, primando el enfoque asistencial, de conformidad con el protocolo indicado. Quizás, en el futuro, también el Convenio debería de recoger -y en lo posible actualizar- este protocolo, como ACOSOL -lo veremos de inmediato-

#### e. Valoración final.

A nuestro juicio, por lo indicado, entendemos que el Plan de Prevención de drogodependencias y adicciones comportamentales en Acerinox, es una buena práctica de gestión formalizada y proactiva de las adicciones en la población empleada. De manera que se actúa ante un problema concreto mediante acción consensuada colectivamente. Ahora bien, consideramos que es conveniente una evaluación, como se compromete, y avanzar hacia acciones de prevención preventiva primaria más amplias, no sólo educativa, y asistencial (y rehabilitadora). La visualización del protocolo en el convenio colectivo sería también una buena forma de dar más coherencia ordenadora.

ACERINOX EUROPA	
<b>Marco Regulador (convenio y protocolo acordado)</b>	Convenio Colectivo de Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras Ferroviarias -Adif- y Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad (ADIF-AV) (BOE, núm.169, de16 de julio de 2019).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	Desarrollo de programas y campañas de prevención muy concreta.
<b>Acción asistencial</b>	Protocolo de derivación a los centros asistenciales del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones para las personas trabajadoras que lo soliciten.
<b>Acción sancionadora</b>	Mantiene dimensión disciplinaria. Falta grave dedicarse a juegos durante la jornada de trabajo y falta muy grave la embriaguez y el estado derivado del consumo de drogas durante el trabajo.

#### VALORACIÓN

##### Aspectos positivos como factores de éxito

- Firma de un Plan de Prevención de drogodependencias y adicciones comportamentales en Acerinox, consensuado.
- Determinación de un Plan integral en la gestión de adicciones: preventivo, asistencial y reinsertivo.
- Inclusión de la ludopatía, no sólo adicciones con sustancial.
- Competencias sobre la materia a un órgano representativo y especializado, como es el Comité de Seguridad y Salud.
- Comité de Seguimiento paritario del Plan de Prevención de drogodependencias y adicciones comportamentales en Acerinox.
- Existe un programa asistencial para dirigir adecuadamente a las personas hacia la red de centros especializados. Y se ha aplicado de forma real, en 2 de 3 casos con éxito de reinsertión laboral.

##### Aspectos mejorables

- Mayor transparencia y formalización de la interacción entre la dimensión disciplinaria, que no desaparece en convenio, y la faceta asistencial, que se garantiza por el protocolo acordado.
- Desarrollo, dentro del paradigma de empresa saludable, de la conexión entre la política de promoción de la salud en el trabajo, que incluye las adicciones, y la política de seguridad y salud en el trabajo.
- Formalmente incorpora la exigencia (5ª fase del Plan) de revisión y actualización (implementación constante o principio de la mejora continua), pero realmente no se ha llevado a cabo, aún.
- Nominar el protocolo en el convenio.



**ACOSOL:**

Experiencia arraigada de gestión dual, convencional y protocolizada.

### a. Experiencia ejemplar de gestión de las adicciones en la población laboral protocolizada (formalizada) y convencionalmente plasmada.

**ACOSOL es una empresa pública malagueña.** Gestiona el ciclo integral del agua en la Costa del Sol (abastecimiento y el saneamiento de Benahavis, Benalmádena, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas, Ojén y Torremolinos). Desde hace varios años, fruto de una pionera y encomiable acción concertada entre la dirección de la empresa y la representación sindical (cumple la condición de acción participada que reclama la OIT), cuenta con un sistema de gestión proactiva de las adicciones en la población empleada. A tal fin, **cuenta con específico protocolo de gestión**, previéndose esta política **en el marco de la autorregulación convencional normativa** (Convenio de la empresa, publicado en el BOP de Málaga, núm. 158, de 20 de agosto de 2019)<sup>162</sup>.

Destaca, en primer lugar, **la clara inclusión de esta cuestión dentro de la política de seguridad y salud en el trabajo.** El artículo 69 del convenio, que remite de forma expresa al protocolo que se firmó con los sindicatos más representativos en cuanto a la prevención e intervención de drogodependencia, alcoholismo y ludopatías, es inequívoco al incorporar acciones preventivas y de promoción de la salud integral. Y ello no sólo frente a las adicciones químicas, sino también conductuales, como se acaba de evidenciar, aunque se limite a las ludopatías. Vemos, pues, cómo en este caso hay una clara convicción de que los problemas de las adicciones no son solo las dependencias en relación con sustancias tóxicas, también al alcohol, sino que hay que atender también a la prevención de los patrones patológicos de uso del juego, siendo una adicción al alza y que ocasionan grandes problemas en todos los ámbitos, personales y profesionales.

Esta interacción entre lo preventivo y lo promocional de la salud se revela muy claramente con la asignación de un papel

<sup>162</sup> Destacamos esta doble garantía instrumental de formalización del abordaje de las adicciones en el trabajo, pues, a nuestro entender, es una buena práctica de transparencia. No siempre es así. De hecho, es muy frecuente que la previsión convencional no haga referencia alguna y, sin embargo, las empresas, por lo general de ámbito público municipal, aunque no solo, sí cuentan con protocolos de gestión al efecto, no siempre debidamente actualizados, conocidos y realmente aplicados.

destacado a los servicios de prevención de riesgos laborales. Su presencia es desigual en las diferentes fases de la acción, pero, en todo caso, tienen un papel muy relevante.

### b. Controles para la detección precoz de consumos problemáticos: la garantía de que no pueden tener fines disciplinarios.

Cierto, como suele ser habitual en este tipo de procedimientos, junto a las referidas facetas correctoras de la orientación meramente disciplinaria, la asistencial y la relativa a garantías de continuidad en el empleo, tras el correspondiente compromiso individual de sometimiento a terapias de deshabituación, una cuestión especialmente tratada es la **relativa a los controles o pruebas de detección de consumos problemáticos.** Según tuvimos igualmente oportunidad de analizar con cierto detalle, cuando expusimos cuál es el tratamiento convencional más reciente en materia de abordaje de adicciones, una de las razones por las cuáles ha crecido significativamente la atención convencional a esta cuestión es la intensificación de los controles o pruebas de consumos de drogas y de alcohol en los lugares de trabajo. Este aspecto del abordaje de las drogodependencias es de los más cuestionados, y cuestionables, según también se indicó, pues enfrenta de modo intenso las dos visiones al respecto:

- 1) La empresarial: detección de consumos lo más anticipadamente posible tanto para evitar un factor de riesgo laboral como para crear una prueba eficaz para la acción disciplinaria
- 2) la sindical: resistencia a reducir, incluso a protagonizar, el problema de las adicciones en los lugares de trabajo a las pruebas de consumos, que no solo son muy costosas económicamente, sino que incidirían en una cuestión típica de datos personales, de especial protección, como los datos relativos a la salud (las adicciones son una enfermedad y, por lo tanto, lo atinente a ellas tiene la consideración de dato personal y, además, especialmente protegido).

Debe recordarse que, fuera de la hipótesis de obligatoriedad (ex art. 22 LPRL), los controles toxicológicos serán voluntarios. Como se recordó, el TC considera las pruebas toxicológicas como una afectación de la esfera de la vida privada (STC 196/2004, 15 de noviembre). De ahí la necesidad de justificación empresarial o consentimiento.

La cuestión es compleja, como vimos. En efecto, igualmente se advirtió de la jurisprudencia del TEDH que legitima estos controles, pero ha de mediar tanto justificación, como transparencia y proporcionalidad de la medida. De ahí que se tenga en cuenta el tipo de actividad que realiza la empresa.

En virtud de ello, se debe informar, con carácter general, a la persona trabajador del método que se empleará, las drogas objeto de detección y la finalidad que se le dará a los resultados, razón por la cual la muestra no podrá ser utilizada con fines diversos a los cuales fueron informados a la persona trabajadora (ni para la detección de otras drogas). Asimismo, la persona trabajadora debería otorgar su consentimiento para la realización de cada prueba en concreto, no admitiéndose un consentimiento genérico de someterse al reconocimiento médico<sup>163</sup>.

En este escenario -siempre muy- conflictivo (buena prueba es que, en numerosos casos, ej. TUSSAM, este tema no ha permitido alcanzar un acuerdo, pese al interés sincero de ambas partes por contar con un protocolo formalizado de gestión no disciplinaria), la práctica de ACOSOL resulta, sobre el papel, muy adecuada. Por supuesto, no es única.

De un lado, se autoriza a realizar tales controles, cierto, pero de conformidad con los criterios que fije el Servicio de Seguridad y Salud Laboral, que es lo que exige la OIT en su Repertorio de Buenas prácticas de 1996 y desarrolla en su actualización del citado programa SOLVE (2012). Por lo tanto, tiene una dimensión claramente de salud. De otro, aunque se autoriza controles de consumo de alcohol a su personal laboral de manera aleatoria, no solo programada, lo que supone una modalidad especialmente polémica, como también se indicó, por lo que supone de sorpresa para las personas empleadas -el control de datos exige información específica de la finalidad-, especifica su finalidad sea preventiva, no "un control disciplinario". Es interesante explicitar esta finalidad, a fin de evitar equívocos. Sería el caso igualmente, por ejemplo, de la empresa ACERINOX EUROPA, como ya se ha indicado respecto de la cláusula adicional 5ª de su convenio colectivo.

En suma, este tipo de controles puede encuadrarse plenamente en el marco de la técnica preventiva de vigilancia de la salud ex art. 22 LPRL. Como se recuerda, establece el deber del empresario de garantizar a sus trabajadores la vigilancia periódica de la salud, en función de los riesgos inherentes al trabajo. Una de las formas de vigilancia de la salud son los reconocimientos médicos, los cuales consisten en la detección, mediante pruebas y exploraciones realizadas sobre el cuerpo del trabajador, de posibles alteraciones a la salud o enfermedades que éste pudiera padecer. Pues bien, se ha considerado que este tipo de pruebas podrían encajar en los "controles para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un riesgo para terceros" (para la seguridad de sus compañeros, para la seguridad de personas usuarias, etc.).

<sup>163</sup> En este sentido, puede verse: TALÉNS VISCONTI, E., "La vigilancia de la salud del trabajador y el respeto a su intimidad en el supuesto de consumo de drogas", Revista Española de Drogodependencias, Vol. 38, n° 2, Valencia, 2013, p. 184.

### c. Valoración final.

A nuestro juicio, por lo indicado, estamos, en el caso de ACOSOL, ante una genuina buena práctica de gestión formalizada y proactiva de las adicciones en la población empleada. Además de afrontar un problema concreto, propone una acción consensuada colectivamente, y técnicamente informada y actuada, de la que se desprende una notable expectativa de mejora de la situación nociva en la que puede encontrarse algunas de las personas empleadas. No obstante, quizás sea conveniente avanzar hacia una atención más detenida a la dimensión preventiva primaria propiamente, no sólo a la protección, así como resulta de interés abrirse a otra tipología de adicciones.

ACOSOL	
<b>Marco Regulator</b>	Convenio colectivo de ACOSOL,S.A (BOP de Málaga 20/8/2019)
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalización de la acción emprendida a través de un protocolo o procedimiento.</li> <li>- El protocolo se firmó con los sindicatos para la intervención en materia de drogodependencia, alcoholismo y ludopatías, contemplando una dimensión preventiva de factores de riesgo.</li> </ul>
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existencia de un protocolo consensuado</li> <li>- Especificación de un compromiso sobre la materia de órganos especializados en prevención de riesgos laborales.</li> <li>- Inclusión de acciones concretas sobre conductas sustancias tóxicas y comportamientos adictivos conductuales.</li> <li>- Exclusión como medida disciplinaria de los controles de consumo.</li> <li>- La no sanción de estas conductas como enfoque primario, a fin de propiciar otro más proactivo.</li> </ul>
<b>Aspectos mejorables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En aras de la transparencia plena, quizás convendría que el protocolo fuese incluido como Anexo en el Convenio Colectivo.</li> <li>- Una mayor apertura a otro tipo de adicciones de nuestro tiempo, como las adicciones tecnológicas.</li> <li>- Mayor intensidad de la actividad de prevención primaria.</li> <li>- Una mayor atención a condiciones de trabajo negociadas en el convenio colectivo y que hoy actúan como factores de riesgo a fin de mutar en factores de protección.</li> </ul>

**CESPA (HUELVA CAPITAL):**

La autorregulación convencional de proximidad, clave en el progreso hacia centros de trabajo saludables.

**a. Diversidad de opciones empresariales en el tratamiento de las adicciones en cada centro de trabajo: la autorregulación convencional marca la diferencia.**

No es infrecuente que una misma empresa, con actividad económica a lo largo y ancho del territorio español, asuma posiciones (opciones) diferentes según el centro de trabajo de que se trate y la autorregulación convencional normativa que lo rija de forma concreta. Sería el caso, por ejemplo, de CESPA. Esta empresa, perteneciente al Grupo Ferroviario Servicios, se dedica a los servicios de limpieza viaria, recogida de basuras y eliminación de residuos urbanos, siendo un servicio público concertado. En el convenio colectivo de CESPA, S.A. en Huelva capital (BOP de Huelva, núm. 197, de 17 de octubre de 2017) se incluye el compromiso empresarial de llevar a cabo un plan integral de gestión de las drogodependencias en los lugares de trabajo.

Se recordará que este tipo de enfoque es una de las recomendaciones más relevantes de la Estrategia Nacional Sobre Adicciones, como lo fue antes en la Estrategia Nacional Sobre Drogas y los dos Planes Nacionales a través de los que puesta en práctica. Debe reseñarse de un modo especial porque no es nada frecuente que sean las unidades convencionales de empresa las que se comprometan a este tipo de planes integrales, siendo de más fácil localización en las unidades sectoriales estatales. Más aún. Como se anticipaba, no todos los Convenios de la Empresa CESPA, incluso en varios ámbitos provinciales andaluces, **contemplan esta política interna de promoción de la salud frente al riesgo de adicciones en los entornos laborales**, ni siquiera aparece en el aplicable a diversos centros de trabajo en varios pueblos de la provincia de Huelva. De ahí la importancia de este **compromiso de gestión proactiva derivado del convenio de centro de trabajo** de referencia.

**b. Compromiso convencional de gestión integral, proactiva y preventiva, de las drogodependencias en la población empleada.**

El art. 38 (*"Drogodependencias"*), justamente incluido en el Capítulo III, relativo a Condiciones de Trabajo, no en el régimen disciplinario, asume, como se indicó cuando estudiamos el tratamiento convencional en Andalucía, que el consumo de drogas no es un problema de salud solo individual, sino que tiene repercusiones colectivas. Al tiempo que reconoce, igualmente, que tales afecciones psicosociales no tiene causas solamente de índole personal, o extralaboral, sino que puede verse iniciada, o agravada, de manera no infrecuente en condiciones sociolaborales:

“(…). El inicio o incremento del consumo de drogas en el medio laboral viene en muchos casos determinados por condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo”.

Sobre este planteamiento -típico en las empresas y entidades que asumen el enfoque integral-, CESPA-Huelva estima conveniente implementar un plan integral de gestión de las adicciones con sustancia desde un enfoque preventivo, asistencial y de retorno al empleo con normalidad. De este modo, y de nuevo en una línea claramente conforme, al menos en la formulación del compromiso de autorregulación convencional y de gestión empresarial, se sigue el paradigma integrado de la OIT: CESPA-Huelva compromete **la plena integración de la política de promoción de la salud** de sus personas empleadas, a través del desarrollo de hábitos de vida saludables, en el sistema **de prevención de riesgos laborales**. Habla expresamente de potenciar los “factores de protección” frente a las adicciones ligadas al entorno laboral y reducir al máximo los “factores de riesgo” derivados de él:

“se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo”.

Cierto, en el ámbito preventivo se priorizan medidas educativas, informativas, y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas. Por tanto, se hace mención expresa, concreta, a las acciones individuales de la persona trabajadora. En un segundo plano parece quedar, pues, la acción sobre la organización y condiciones de trabajo, como factores de riesgo y como factores de protección, según se ordenen.

Con todo, el compromiso de acción integral en modo alguno desconoce la vertiente de incidencia en la organización y las condiciones de trabajo. A modo de ejemplo nos encontramos con su art. 37 acerca de la conciliación de la vida laboral y familiar, pues al mejorar las previsiones legales al respecto (reducciones

de jornada sin reducción salarial, preferencias en la elección de turnos horarios, etc.) no solo reduce el eventual papel de factor de riesgo, sino que lo muta en un factor de protección frente al riesgo de adicciones. Igual ocurre con ciertas cláusulas de seguridad en el empleo establecidas. Más ampliamente, el art. 41 dedicado a la Vigilancia de la Salud y Riesgos Especiales (análogo al previsto en el CC CESPA del centro de trabajo de Limpieza de Tomares), permite un desarrollo integral de políticas de bienestar en las condiciones de vida y de trabajo que puede ser muy útil para reducir riesgos, e incrementar protección, frente a las adicciones. Así, establece, por lo que aquí interesa:

- **Que el medio ambiente de trabajo (MAT) debe ser satisfactorio**, teniendo en cuenta la naturaleza de los trabajos y de los progresos sociales y técnicos asumidos por la Sociedad. **Las condiciones de trabajo deben adaptarse a las actitudes físicas y mentales del trabajador.**

- **El resultado de los estudios de MAT servirá para confeccionar un plan de actuación para la mejora de las condiciones de trabajo**, basado en un mapa de riesgos de la empresa que ayude a establecer unas prioridades de intervención. Dicho plan...irá acompañado de un calendario de cumplimiento de mejoras que será aprobado y seguidos por el Delegado de Prevención y la Sección Sindical.

- Todo trabajo, que después de efectuadas las mediciones correspondientes, sea declarado por la Autoridad Laboral, **insalubre, tóxico, penoso o peligroso, tendrá un carácter excepcional y provisional, adoptándose las medidas pertinentes** para que tales circunstancias desaparezcan o disminuyan sus incidencias<sup>164</sup>.

- **Debe hacerse un esfuerzo para organizar el trabajo de tal forma que el trabajador, a su vez, pueda influir en las condiciones de trabajo.**

<sup>164</sup> Recuérdese que, conforme a la citada ECML, los trabajos especialmente peligrosos, tóxicos o penosos se convierten en factores de riesgo significativos para las prevalencias en los consumos problemáticos de sustancias. De ahí, que esta intervención de mejora del ambiente laboral, no directamente dirigida a la gestión de las adicciones, sino de promoción de la calidad de vida en los entornos laborales, pueda tener un papel significativo como factor de protección frente al riesgo de adicciones

En suma, se trata de cláusulas convencionales que pueden incidir, si adecuadamente gestionados, en la reducción de los factores de riesgo y en la intensificación de los factores de protección, relacionados con la organización y condiciones de trabajo, con relación al riesgo de adicciones en la población empleada. Por tanto, un tratamiento específico y unitario de una materia concreta (plan integral de gestión de las adicciones) puede recibir una nueva dimensión, mucho más efectiva, a través la recomposición de estos aspectos más fragmentados, dispersos o segmentados, como venimos proponiendo en este Estudio. **De este modo, habría una total coherencia y conformidad no solo con la OIT sino con el enfoque que deriva de la ECML, magnífico instrumento para avanzar e innovar en políticas de seguridad y salud en el trabajo orientadas, al tiempo, a la prevención y protección frente al riesgo de adicciones.**

**c. Gestión asistencial: prioridad de la garantía de estabilidad en el empleo sobre el tratamiento sancionado.**

En cualquier caso, se trata de un tipo de compromiso que desplaza el primado del enfoque disciplinario por otro más típico de garantías y comprensión con un problema eminentemente de salud, no solo, o no tanto de sanción. Por eso, en lo concerniente al punto de vista asistencial de las adicciones, se declara la posibilidad de que la persona trabajadora víctima de las adicciones pueda tener acceso a los programas de tratamiento, si bien, siempre y cuando dicha persona lo solicite. Se dispone que el objetivo fundamental de toda acción deberá de ser la de devolver la salud al sujeto y facilitar la reincorporación del personal a su puesto de trabajo. Para ello, el personal que se encuentre acogido a un programa de tratamiento no podrá ser objeto de sanción o despido y se le asegura su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo.

En este sentido, se determina la garantía de estabilidad y adaptación del puesto de trabajo en casos concretos como puede ser en la pérdida de carné de conducir por embriaguez. De hecho, conforme el art. 28.1 del convenio dispone que la persona trabajadora sufra la sanción de retirada del carné de conducir, sea en el ámbito laboral como particular, la Empresa vendrá obligada a darle un trabajo similar al de su categoría profesional. Asimismo, se deberá de respetar sus retribuciones salariales hasta que, una vez finalizada dicha sanción, fuera reintegrado en su puesto de trabajo, conformándose una cláusula interesante y a reseñar.

CESPA, S.A. para Huelva-capital no tiene régimen sancionador respecto a estas adicciones, siempre y cuando la persona trabajadora se encuentre acogido a un programa de tratamiento

y asegurando su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo<sup>165</sup>. **De ahí que resulte positivo que la negociación colectiva condicione el ejercicio del poder disciplinario al compromiso de tratamiento terapéutico.** En el fondo, este tipo de compromisos empresariales, convencionalmente establecidos (autorregulación), no hacen sino reflejar claramente (garantía de transparencia y de igualdad de trato) aquella corriente jurisprudencial que, matizando el enfoque disciplinario legislativo, considera que no habría, para las personas dependientes de sustancias, auténtica voluntariedad y, por lo tanto, culpabilidad -criterio de imputación- en la infracción laboral derivada. El sometimiento al programa de desintoxicación sería prueba suficiente de la inexistencia de una culpabilidad real, además de expresión del deber de colaboración en la promoción de la salud de las personas empleada, para que vuelva a *“normalizar tanto su salud como su vida laboral”*.

Aun tangencialmente, conviene recordar que el despido disciplinario como medida de reacción empresarial más o menos inmediata, frente a una infracción cometida por persona dependiente (adicta a ciertas sustancias o conductas -piénsese en la ludopatía-) no es la vía más adecuada a la situación jurídicamente existente. En línea con la referida doctrina judicial, en su caso, la medida extintiva procedente en tales casos, a falta de los indicados compromisos de condicionamiento de la medida a una acción terapéutica, lo que procedería sería un despido objetivo, pues el incumplimiento resulta involuntario, deriva de una enfermedad o desequilibrio de salud psicofísico. Una cosa es que se establezca una prohibición radical (siempre graduada) de consumos<sup>166</sup>, sobre todo en ciertas condiciones (conductores), y otra que el tratamiento sea disciplinario sin más.

<sup>165</sup> Ya tuvimos oportunidad de exponer, en el apartado dedicado al tratamiento de la negociación colectiva, tanto estatal como andaluza, que se trata de un enfoque de garantía de la estabilidad en el empleo cada vez más seguida en la autorregulación convencional. Por ejemplo, de manera idéntica lo recoge el art. 26 del convenio colectivo de Ayuda a domicilio de Sevilla y provincia (BOP de Sevilla, núm. 220, de 10 de abril de 2018).

<sup>166</sup> Mayor problema a más severa es la regulación convencional. Ampliamente, para este debate vid. MIÑARRO YANINI. M. *“El modelo regulador de las adicciones en los ambientes de trabajo en España: contradicciones y propuestas de cambio”*. Revista Temas Laborales, 134, 2016, pp. 113 yss. <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/175275/75467.pdf;jsessionid=5B8EEC596B345FA844224CD4368B0D64?sequence=1>



CESPA, HUELVA-CAPITAL	
<b>Marco Regulador (convenio y protocolo acordado)</b>	Convenio Colectivo de CESPA, S.A. con su personal de los servicios de limpieza viaria, recogida domiciliar de basuras y eliminación de las mismas en Huelva capital (BOP de Huelva, núm. 197, de 17 de octubre de 2017).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	- Se deben de desarrollar medidas educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promocionen hábitos saludables. - Se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo. Estas acciones serán implementadas por el Comité de Salud Laboral.
<b>Acción asistencial</b>	Apoyo para el tratamiento a aquellas personas trabajadoras que lo soliciten voluntariamente.
<b>Acción de reinserción laboral</b>	A la persona trabajadora que se adscriba al tratamiento se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo.
<b>Acción sancionadora</b>	El personal laboral que se encuentre acogido a un programa de tratamiento, no podrá ser objeto de sanción o despido.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	- Dispone de un Plan integral de gestión de adicciones (preventiva, asistencial y reinsertiva). Así como un plan participado. - Inclusión de adicciones con sustancias y conductuales. - Determinación de la relación entre el entorno de trabajo y dicho consumo a consecuencia de las condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo. - Establece competencias y funciones a un órgano representativo especializado, como es el Comité de Seguridad y Salud. - La supresión del carácter sancionador de estas adicciones, no obstante, dicha medida se encuentra condicionada a un programa de rehabilitación.
<b>Aspectos mejorables</b>	- Cláusulas algo genéricas, sin precisar su desarrollo, abierto totalmente - La perspectiva preventiva debería incluirse de forma más específica en el sistema de gestión de prevención de riesgos laborales desde el momento de evaluación.

## LIPASAM:

La gestión integral de las adicciones en el trabajo inicia desde la evaluación de riesgos laborales

### a. El contexto: el compromiso (socialmente responsable) con un sistema de gestión integral de la calidad (procesos, ambiente, prevención de riesgos).

La empresa Limpieza Pública y Protección Ambiental, S.A. (LIPASAM) interviene en un sector de servicios públicos análogos a la empresa anterior (CESPA), pero tiene, a diferencia de esta -sociedad mercantil privada-, una naturaleza pública. Se trata de una típica empresa pública municipal. Conviene destacar que, LIPASAM, de modo análogo a cualquier otra organización económica, tiene un impacto muy notable en el modelo de desarrollo. En el marco del paradigma de “responsabilidad social corporativa”, la empresa es consciente de ese impacto y parece apostar por un modelo de compromiso con el desarrollo sostenible (el que satisface las necesidades del presente sin poner en riesgo la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer las propias). LIPASAM, en esta línea, asume la triple dimensión del paradigma de la “Responsabilidad Social de las organizaciones” (RSC, RSE), y se “obliga a evaluar sus principales impactos” no solo en la gestión económica y ambiental, sino también “social”.

De este modo, nos ofrece una valiosa información (transparencia no financiera) sobre su aportación, tanto positiva como negativa, al objetivo de desarrollo sostenible. La empresa LIPASAM ha identificado, a tal fin, sus impactos más notables en lo social igualmente, publicando -desde 2009- los resultados de su gestión de conformidad con un estándar mundial (*Global Reporting Initiative*, GRI)<sup>167</sup>. Entre los retos (desafíos y exigencias) de gestión de RSC, por tanto de la mejora de gobernanza y ética empresarial, LIPASAM **incluye expresamente la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, con un enfoque proactivo** y de diversidad y equidad, a través del convenio ([https://www.lipasam.es/la-empresa/copy\\_of\\_rsc/principales-iniciativas-e-impactos](https://www.lipasam.es/la-empresa/copy_of_rsc/principales-iniciativas-e-impactos)).

<sup>167</sup> Responsabilidad Social Corporativa. [https://www.lipasam.es/la-empresa/copy\\_of\\_rsc/responsabilidad-social-corporativa-1](https://www.lipasam.es/la-empresa/copy_of_rsc/responsabilidad-social-corporativa-1)

### b. Integración de la política interna de gestión de las adicciones en el trabajo desde el sistema preventivo: la llamada a la evaluación y al plan de acción.

Justamente, en ese modelo de gestión integral de todos los factores de riesgo, así como para su mutación en factores de protección, que, para la sociedad, puedan derivarse de la organización, **cobra especial sentido y (nos) merece una valoración muy positiva la inclusión, en su convenio colectivo, de un compromiso de política interna de gestión proactiva de las adicciones** en el trabajo (BOP de Sevilla, núm. 165, de 1 de julio de 2016). La norma de autorregulación normativa convencional se identifica, pues, con la tipología de convenios colectivos de empresa que optan por esa forma dual de ordenación formalizada de su política de abordaje de las adicciones en la población empleada: el convenio colectivo de la empresa llamaría a un Programa (protocolo) concreto, asumiendo, en lo sustantivo, un espíritu innovador respecto de la mayoría de los de su tipo, como vamos a evidenciar.

En primer lugar, asume una inequívoca dimensión de gestión integral y preventiva. La regulación no se establece ni en el régimen sancionador, ni tan siquiera en la acción social, como sucede en otros tantos, sino en el ámbito del régimen de la seguridad y la salud en el trabajo. En efecto, su art. 66 atribuye al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo una doble competencia. De un lado, la de cooperar en el seguimiento de los casos de drogodependencia y ludopatías de las personas empleadas. Vemos que, en este caso, sí se incorpora expresamente la adicción conductual hoy considerada como tal de forma oficial, la ludopatía. Por lo tanto, tiene una marcada vocación general, expansiva, aunque se centre, lógicamente, en las adicciones de mayor prevalencia en el sector, como es el alcohol y las sustancias tóxicas. De otro lado, también de conformidad con el paradigma de la OIT, se plantea expresamente reducir las causas y consecuencias del consumo de drogas y del juego en el entorno laboral.

En consecuencia, el compromiso de LIPASAM al abordar la cuestión social de las adicciones en el entorno laboral no es solo competencial (norma de reserva o atribución de competencia para un órgano especializado de participación en seguridad y salud en el trabajo), sino también instrumenta-estratégica: **el programa de gestión de las adicciones en la plantilla debe integrarse en el Plan de Prevención de LIPASAM**. Para su desarrollo, se remite al Anexo VI: *“Programa de prevención y asistencia ante el consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo de Lipasam”*.

En consecuencia, el convenio colectivo crea un compromiso para la empresa<sup>168</sup>, que de este modo asume esta dimensión de responsabilidad social corporativa, integrándola en la política preventiva de riesgos -y de promoción de la salud en el trabajo- con la participación continuada de la representación laboral, a fin tanto de prevenir los factores de riesgo como de prestar la asistencia necesaria, en caso de actualización en patología, a las personas trabajadoras que se hallen en situación de dependencia de consumo de alcohol y otras drogas. El horizonte de referencia no es solo garantizar la seguridad y la salud para las personas empleadas sino su bienestar integral, por lo tanto, también sus condiciones de vida, no solo de trabajo<sup>169</sup>.

### c. El Programa de gestión de las adicciones de la población empleada en la empresa LIPASAM: principales claves para los protocolos de actuación.

El compromiso convencional de elaboración de un programa de gestión proactiva de las adicciones en la empresa, así como de los distintos protocolos de actuación para su implantación, se llevó a cabo a través de una Comisión Mixta. Ésta fue propuesta y acordada en el seno de su Comité de Seguridad y Salud, órgano paritario competente en la materia preventiva de riesgos laborales. El Programa (Documento IT/MX/01 Programa de Prevención y Asistencia ante el Consumo de Alcohol y Otras Drogas en el Trabajo) de gestión proactiva de LIPASAM en materia de adicciones (aunque el programa se concrete en la dualidad de adicciones con sustancia más típicas -alcohol y sustancias psicotrópicas-, la nominación más amplia del art. 66 del Convenio a las adicciones conductuales -también la más típica: ludopatía- deja claro que el programa es extensible, más allá de las drogodependencias) tiene como objetivos no solo medidas de concienciación y

<sup>168</sup> Una vez más es interesante llamar la atención sobre la diferencia de este modelo respecto de otros, sean del mismo sector de servicio público o de sectores públicos municipales diferentes. Así, un buen número de empresas públicas -también de las privadas- **dejan fuera de su convenio colectivo esta cuestión**, manteniendo incluso un enfoque en él disciplinario, **aunque cuenten con algún modelo de gestión de las adicciones no disciplinaria**, bien a través de protocolos unilaterales, pactados sindicalmente, **o incluso con prácticas de gestión informal** (mediante o no acuerdos de colaboración con ONG). **Esta ausencia de regulación convencional se las prácticas -formales o informales- de gestión de adicciones está extendida: ej.** TUSAM, SA-DECO, incluso, hoy, LIMASAM, o, para el ámbito privado HEINEKEN, ACERINOX, etc.

<sup>169</sup> Por ejemplo, es de interés -también para nuestro tema, aun indirectamente-, la previsión del artículo 70. Se trata de una garantía de seguridad o estabilidad en el empleo de las "personas trabajadoras con incapacidad sobrevenida" como consecuencia de enfermedad o accidente, comunes o laborales. En términos análogos el art. 82 CC SADECO (contempla también el factor edad, no sólo la enfermedad).

sensibilización de las personas trabajadoras, sino que se deberá de detectar aquellos factores ambientales que puedan favorecer el consumo de alcohol y otras drogas.

Esto es, la prevención primaria tiene un papel más relevante a la hora de fijar y concretar el programa, desbordando el prototípico de los protocolos de intervención (por lo general de pruebas de control y asistencial). De forma expresa se busca la

**"Detección precoz de los factores ambientales que puedan favorecer el consumo de alcohol y otras drogas"**

Para ello, se fija, de nuevo, una doble norma de atribución competencial y procedimental que concreten el compromiso convencional. Así, al Servicio de Prevención de los riesgos laborales le corresponderá como función específica;

**"Evaluación de las condiciones de trabajo y detección de riesgos que propicien el consumo de sustancias".**

**Al igual que para cualquier otro factor de riesgo-impacto nocivo social, como hemos visto, la evaluación se convierte en un instrumento axial para la acción<sup>170</sup>.** Así se prima una prevención primaria no solo de información y formación, sino de estimación de factores de riesgo para su detección y control, así como factores de protección para su potenciación. Asimismo, se pasará a una asistencia-protección **a través de la vigilancia «in situ» del posible consumo** de estas sustancias en el trabajo, en particular, en aquellos puestos de especial peligrosidad o que afecten a la seguridad de terceras personas, para evitar la escalada del proceso de consumo y así reducir daños a la salud de las personas trabajadoras que son víctimas de estas adicciones. En esta vertiente, se especifica que será el **Servicio Médico de Empresa** el competente para la evaluación, tratamiento y seguimiento médico de las personas trabajadoras afectadas por los consumos nocivos

<sup>170</sup> En esta misma línea debe mencionarse la opción de gestión seguida por otras empresas que asumen un enfoque proactivo de gestión de adicciones en la población empleada. Sería, por ejemplo, el caso de la EMPRESA MUNICIPAL DE LIMPIEZA COLEGIOS Y DEPENDENCIAS MUNICIPALES DE HUELVA (Disposición Adicional Primera del BOP de Huelva, núm. 240, de 14 de diciembre de 2018).

de drogas, así como también la -recurrente en los protocolos de esta guisa- "realización de controles de detección".

Para las acciones de sensibilización, la empresa compromete, a su vez, a todas las personas trabajadoras que integran la organización empresarial. No obstante, un papel central se formaliza para la representación, de nuevo especializada (persona delegada de prevención), de las personas empleadas. **No solo se corresponsabilizan de la difusión del programa, sino también para servir de canal que las dirija al plan de ayuda.**

### d. Dimensión asistencial (prevención terciaria): el retorno al trabajo como horizonte, aunque no se formalice la conexión con el régimen disciplinario.

Por supuesto, **el programa** derivado del compromiso de autorregulación normativa **no obvia la necesidad del asesoramiento y tratamiento** asistencial a las personas empleadas con afecciones adictivas, **a fin de favorecer su reinserción en el mundo laboral.** Desde esta perspectiva de "asistencia social", el **"Servicio de Atención al Empleado"** incluye la obligación de

**"Prestar ayuda, asesoramiento y soporte técnico y psicológico tanto a los empleados como al entorno familiar durante la fase de intervención".**

Ahora bien, y por evidenciar algún aspecto que nos parece podría mejorarse en el futuro -como prevé expresamente, que se abre a modificaciones una vez se evalúe su funcionamiento, periódicamente- este sistema de gestión formalizada de LIPASAM, sin duda "buena práctica" (de autorregulación colectiva y de gestión empresarial proactiva) frente a la cuestión social de las adicciones en la población trabajadora, nos parece que ha quedado algo ensombrecida la conexión (interacción) entre el régimen disciplinario y el enfoque asistencial. **La empresa no renuncia a cierto régimen disciplinario** de la "embriaguez" o la "toxicomanía". Así, para el art. 56 f), se considera como infracción leve

**"La embriaguez o toxicomanía, siempre que la Empresa no tenga constancia de su tratamiento médico de rehabilitación".**

Vemos, pues, que el código de conducta de la empresa sanciona expresamente el mero consumo nocivo, aunque no tenga incidencia perjudicial en el trabajo. Ciertamente, no solo lo califica como falta leve, sino que queda condicionada la sanción a la ausencia de constancia de la condición de dependiente

de la persona empleada y su sometimiento a un programa de rehabilitación. No será la única mención disciplinaria que se haga a ello

Así, el art. 57 g) del convenio tipifica, ahora ya, como infracción grave

**"g) La negligencia en el trabajo cuando cause perjuicio**, no entendiéndose como motivo de falta los daños producidos como consecuencia de los accidentes de circulación, salvo **por estados de embriaguez o toxicomanía** o incumplimiento de las normas de Seguridad Vial".

Como puede comprobarse, cuando la embriaguez o toxicomanía ocasione algún tipo de perjuicio o daño se tiene por "incumplimiento contractual" y, en consecuencia, se sanciona como falta grave. La exención de responsabilidad que se establece cuando los daños producidos por la negligencia de la persona empleada derivan de accidentes de circulación no se contempla para la que derivaría de embriaguez y toxicomanía, que termina calificándose como "negligencia en el trabajo". Curiosamente, no se contempla en este caso el condicionamiento relativo al sometimiento a un programa específico para su desintoxicación.

Tampoco será esta la última referencia disciplinaria a las dependencias como una fuente tanto de negligencia severa como de daños (económicos y/o personales). Así, el artículo 58 n) del convenio tipifica como infracción muy grave:

**"La imprudencia o negligencia inexcusable, así como el incumplimiento de las normas de Seguridad y Salud que ocasionen daños graves** de accidente laboral, perjuicios a sus compañeros o a terceros, o daños a la Empresa, **no entendiéndose como motivo de falta los daños producidos como consecuencia de los accidentes de circulación, salvo por estados de embriaguez o toxicomanía** e incumplimiento de las normas de Seguridad Vial, siendo obligatorio el uso del tacógrafo...".

De nuevo, situaciones de imprudencia dañosa que podría comprenderse, incluso hasta llegar a eximir de responsabilidad si traen causa de ciertas conductas, como serían los accidentes de circulación, no se toleran cuando derivan de "estados de embriaguez o toxicomanía". Aunque, atendiendo a la calificación médica de tales estados en ciertas condiciones como enfermedad, podría considerarse justificado, o razonable, al menos, una mayor comprensión del problema, sin perjuicio del debido reconocimiento de estos estados y de los compromisos de sometimiento a procesos de desintoxicación. En este caso tampoco se fija una cláusula puente entre el régimen disciplinario y el asistencial, que si está en el ámbito de la infracción leve.

**Ninguna particularidad<sup>171</sup> expresa se prevé en el procedimiento disciplinario atendiendo a la eventual condición de dependiente** (o drogodependiente, o ludópata), a diferencia de lo que se ha visto en otros convenios y/o protocolos al respecto. Llama la atención, en efecto, que no sólo el convenio colectivo no resulte más coherente, puesto que sí establece esa “cláusula puente” o de interacción (de condicionamiento) entre la faceta disciplinaria y la faceta asistencial, sino que tampoco el programa de actuación en materia de adicciones contemple de modo expreso tal conexión.

Por lo tanto, deberán de ser los “protocolos de implementación” del programa, a los que remite el compromiso de autorregulación colectiva, los que lleven a cabo tal especificación, en línea con las mejores prácticas ya referidas al respecto más arriba.

De ahí, pues, la importancia de este tipo de compromisos colectivos, ya lo sean en el propio convenio -como entendemos más adecuado, por revestir bastante más transparencia- o en el protocolo. Recuérdese que, no existiendo obligación de publicación, como los acuerdos informales, los protocolos de intervención proactivo-asistencial en materia de adicciones en el trabajo adolecen de transparencia, por no decir de un total desconocimiento, si carecen de cualquier previsión convencional (lo que es muy frecuente). Por lo que la ausencia de toda mención en la norma publicada colectiva deja en manos de los eventuales protocolos -o de la gestión informal practicada en la empresa (también muy frecuente)<sup>-172</sup>, esta importante labor de intercomunicación entre el clásico enfoque disciplinario y el moderno enfoque asistencial (el consumo nocivo como reflejo de una enfermedad que requiere garantías).

<sup>171</sup> Y eso que en el artículo 60, relativo a las “particularidades aplicables al procedimiento disciplinario” se incluyen algunas condiciones de garantía muy interesantes, adicionales a las legales. Sería el caso, por ejemplo, del derecho de las personas empleadas despedidas improcedentemente, si así se declara por vía judicial, a la readmisión en su puesto. Por lo tanto, la empresa renuncia al ejercicio del derecho de optar por la readmisión -con salarios de tramitación- o la indemnización -que implica la pérdida de los salarios de tramitación-. En términos análogos, si bien da la opción a la persona empleadora, el art. 72 CC SADECO. Dicho sea de paso, este tipo de regulaciones convencionales también pueden actuar como “factores de protección” frente a las adicciones, en la medida en que se reduciría uno de los factores de mayor incidencia en los consumos de la población trabajadora, como la inseguridad laboral -así como las condiciones de trabajo tóxicas, penosas o especialmente peligrosas, entre otras-, según la ECML.

<sup>172</sup> Sería el caso, por ejemplo, de SADECO (Empresa de saneamientos de Córdoba), cuyo convenio, en su art. 71.9, recoge la infracción muy grave recurrente en la materia (la a embriaguez habitual o toxicomanía si repercute negativamente en el trabajo). En cambio, en otros Convenios, como el de TUSSAM, no hay referencia alguna a estas infracciones -no se codifican infracciones particulares, sino generales (arts. 72-73)-, ni se hace distinción peyorativa alguna con relación a la garantía de estabilidad en el empleo cuando se produce la retirada del carné de conducir (art.80). El protocolo es más determinante en el primer caso que en el segundo, pues, si bien en ambos sería decisivo para la apertura a esa gestión proactiva. En otros casos, la infracción muy grave prescinde incluso de la repercusión en el trabajo. Ej. art. 48 C), letra g) CC Acerinox Europa.

LIPASAM	
<b>Marco Regulator</b>	XI Convenio Colectivo de la empresa Limpieza Pública y Protección Ambiental, S.A. Municipal (LIPASAM) (BOP de Sevilla, núm.165, de 1 de julio de 2016 -vigente hasta 2019-).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Comité de Seguridad y Salud deberá de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un seguimiento de los casos de drogodependencia y ludopatía para reducir sus causas y consecuencias.</li> <li>• Desarrollar medidas acciones de concienciación, preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.</li> </ul> </li> <li>- Evaluación de las condiciones de trabajo y detección de riesgos que propicien el consumo de sustancias.</li> <li>- Sensibilizar las personas trabajadoras sobre el efecto negativo del consumo de alcohol y drogas.</li> </ul>
<b>Acción asistencial</b>	Ayuda, asesoramiento y soporte técnico y psicológico tanto a las personas trabajadoras como al entorno familiar durante la fase de intervención.
<b>Acción de reinserción laboral</b>	Fomento de la reinserción en el mundo laboral.
<b>Acción sancionadora</b>	No renuncia a un régimen de disciplina de las adicciones, sin perjuicio de condicionarlo -equivocamente- al régimen asistencial.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protagonismo del Comité de Seguridad y Salud y al Servicio de Prevención Propio.</li> <li>- Establece un Plan integral y participado de gestión de las adicciones</li> <li>- Inclusión de adicciones conductuales y adicciones con sustancias.</li> <li>- Evaluación de los factores de riesgo derivados del entorno laboral y potencia los factores de protección.</li> </ul>
<b>Aspectos mejorables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conectar más clara y coherentemente el régimen disciplinario -que se debería suavizar- con el asistencial.</li> <li>- Incluir expresamente las adicciones conductuales en el programa de actuación, no sólo en el compromiso convencional, yendo más allá de las ludopatías, en un contexto de colonización digital</li> <li>- No nombra la evaluación de factores de riesgo psicosocial y ergonómicos.</li> </ul>

## SOCIEDAD DE ESTIBA Y DESESTIBA DEL PUERTO DE ALGECIRAS-LA LINEA:

Concreción pionera de un compromiso sectorial más amplio (este aun pendiente de cumplir).

### a. Protocolo de gestión de drogodependencias de la Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras-La línea: entre control y asistencia.

El puerto de la Bahía de Algeciras es el mayor de España, sexto de Europa<sup>173</sup>. En los últimos años ha crecido de una manera espectacular. A sus casi 1.500 estibadores se han sumado otros 350 para dar respuesta al incremento de tráfico. Esta evolución va a poder continuar por la misma senda en virtud, entre otros factores, al proceso de conversión en el que está inmerso el puerto que ya habría permitido, por lo que aquí más interesa, al menos:

**a) la firma de un convenio colectivo sectorial (III CC de Puertos del Estado y Autoridades Portuarias) con vigencia para nueve años, síntoma de la confianza en el sector**

**b) culminación del proceso de transformación de la precedente “SAGEP” (Sociedad Anónima de Gestión de Estiba Portuaria) en Centro Portuario de Empleo (CPE), conforme al nuevo -y conflictivo- marco legislativo<sup>174</sup>. Debemos recordar que esta transformación debió producirse a 20 de mayo de 2020, siendo la situación de vigencia precedente excepcional y temporal. Aunque, a día de hoy, no se ha culminado en todos los casos.**

Como recordamos en el capítulo dedicado al tratamiento convencional estatal de la cuestión de las drogodependencias, el Convenio que ha venido rigiendo este sector, el IV Acuerdo para la regulación de las relaciones laborales en el sector de la estiba portuaria (BOE de 30 de enero de 2014), incorpora una Disposición

<sup>173</sup> La Sociedad de Estiba del Puerto Bahía De Algeciras (hoy CPE) ocupa la posición 1.164 en el Ranking de Empresas Nacional, la 6 en el ranking de empresas de CADIZ, y el lugar 2 en el ranking de su sector CNAE “Manipulación de mercancías”. <https://empresite.economista.es/ESTIBA-DESESTIBA-PUERTO-BAHIA-ALGECIRAS-SAGEP.html>  
<sup>174</sup> <https://www.elextrechodigital.com/2018/09/13/la-sagep-del-puerto-de-algeciras-se-transforma-en-centro-portuario-de-empleo/>

adicional sexta relativa a la “Lucha contra las toxicomanías”<sup>175</sup>. En virtud de la cual, como se dijo, se fijó un plazo de 6 meses -incumplido-, para que la Comisión Paritaria (CPSE) elaborara y, en su caso, aprobara “un protocolo sobre la prevención de las adicciones (drogas y alcohol) en el trabajo”. En él se dan tres referencias orientadoras o pautas solamente:

- El referido protocolo deberá incluir instrumentos de detección de la enfermedad.
- También deberá incluir medidas de apoyo a la desintoxicación de la enfermedad.
- Como referente global “los acuerdos adoptados sobre tal materia en los puertos”.

Pues bien, sin ninguna duda, junto al ejemplo del puerto de Barcelona, también del Puerto de Las Palmas, una de las principales referencias a tal fin debió ser -en pasado, una vez incumplido el compromiso sectorial-, y seguramente será -cuando se cumpla el próximo, como veremos- el que representa, desde hace más de una década, el Convenio colectivo de Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras-La Línea (BOP-Cádiz, núm. 27, de 10 de febrero de 2009). Precisamente, su art. 79 (Programas de Prevención), como parte específica de los planes de reconocimientos médicos (obligación de vigilancia de la salud ex art. 22 LPRLS), atribuye expresamente al Comité de Seguridad y Salud del Puerto establecer:

<sup>175</sup> El artículo 34 e), VII del III Convenio Colectivo de Puertos del Estado y Autoridades Portuarias, atribuye como facultad del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo a constituir en cada autoridad portuaria: “**proponer al organismo público correspondiente la necesidad de establecer ayudas médicas y psicológicas para aquellos trabajadores/as drogodependientes o alcohólicos**”. Se trata, pues, de una faceta meramente asistencial (sin previsión específica en el capítulo de acción social -fondo para fines sociales-, no preventiva, manteniendo, en todo caso, el régimen disciplinario, como infracción muy grave, en los términos tradicionales (art. 48). No obstante, asimismo, en el ámbito de la vigilancia de la salud (art. 37), se contempla que estos organismos públicos (autoridades portuarias y puertos del Estado) se obliguen a promover “**todos aquellos planes preventivos que tiendan a mejorar la calidad de vida** de sus trabajadores/as”. Vemos que no se agota, pues, en la mejora de las condiciones de trabajo, también de las condiciones de vida (el bienestar general como referente de la política de seguridad y salud).





**“un programa de detección y rehabilitación de drogodependientes”<sup>176</sup>.**

Esta cláusula genérica tendrá, posteriormente, dos concreciones convencionales. La primera se vinculará, precisamente, a la **dimensión asistencial del programa**. El art. 81.1 exige de la empresa la obligación de crear “un servicio de asistencia social”, incluida la atención psicológica, para todas las personas empleadas “con problemas de inserción social y laboral, al que los mismos podrán asistir personalmente sin necesidad de autorización por la empresa”. Pues bien, el art. 81.4 incluye dentro de las funciones del servicio de asistencia psico-social (cuyos planes de prevención e inserción social y laboral serán de obligado cumplimiento para las personas enfermas, siendo previamente consultados a las personas Delegadas de Prevención) la de

**“Estudio y tratamiento de los casos de toxicomanía, ludopatía y alcoholismo”<sup>177</sup>.**

La segunda llamada a la concreción del programa, la relativa al control, se realizará en el art. 82. Este está dedicado al “control de alcoholismo y drogadicción”. A tal fin, de forma contundente afirma que

<sup>176</sup> Esta inquietud está extendida en los convenios del sector -como lo está cada vez más en la mayoría-. El art. 37 del referido III CC de Puertos del Estado y Autoridades Portuarias prevé la realización de **“un nuevo reconocimiento médico obligatorio al trabajador/a afectado/a, cuando por circunstancias sobrevenidas fuera de la periodicidad prevista en los Protocolos Específicos de Vigilancia de la Salud, pudiera producirse una disminución de la capacidad física o psíquica para el ejercicio de las funciones requeridas o comportamientos anómalos y peligrosos por el consumo de alcohol y/o drogas, respecto de aquellas ocupaciones que contemplen en sus protocolos específicos estas medidas”**.

<sup>177</sup> Comprobamos que también las adicciones conductuales oficialmente reconocidas como tales, es el caso de las ludopatías, se incluyen igualmente. Sin embargo, no contempla el convenio un plan más amplio relativo a la gestión de los factores de riesgo psicosocial. Si lo hace, en cambio, el artículo 41 del III Convenio Colectivo de Puertos del Estado y Autoridades Portuarias atribuye al Comité de Seguridad y Salud promover “iniciativas dirigidas al estudio de riesgos psicosociales, de modo que sirva para identificar y valorar dichas situaciones de riesgo y facilite la adopción de las medidas correctoras...”

**“Se implantarán, con carácter inmediato, tras la firma del... convenio, controles de alcoholismo y drogadicción a los trabajadores, que se realizarán conforme se especifica en el protocolo acordado al efecto y que se incluye en el Anexo VII (“Protocolo drogas – alcohol”)”**.

Se atiende aquí la gran inquietud empresarial. A tal fin **se opta por un sistema de regulación y gestión dual, pero con gobernanza unitaria de la autorregulación**. El convenio fijará las pautas más generales para remitir a un **protocolo** acordado y que, para mayor transparencia y formalización (visualización, conocimiento, difusión), se incluye como Anexo en el propio convenio colectivo<sup>178</sup>.

**b. Inquietud empresarial por el control de las drogodependencias y llamada a la moderación de la responsabilidad en situaciones de enfermedad.**

La preocupación empresarial por el control de los riesgos laborales derivados de la prestación en situaciones de embriaguez o consumos problemáticos de (otras) drogas, un enfoque clásico -como se vio-, se refleja en el severo régimen disciplinario fijado. Su artículo 61 no solo tipifica como infracción muy grave trabajar bajo la influencia del alcohol o las (demás) drogas, al margen de cuál sea su efecto concreto en el servicio, pues únicamente se exige **que sea “habitual”** (lo que evidencia una enfermedad, la típica de la dependencia), sino que considera como infracciones graves

**a) “la asistencia... al trabajo, así como la permanencia dentro de la zona portuaria en estado de... consumo de drogas... cuando no es habitual”.**

**b) “la negativa a someterse a los controles de alcoholemia o drogadicción... en los términos que se establecen en el protocolo que figura en el Anexo VII”.**

Justamente, conscientes ambas partes de la autorregulación convencional del severo régimen disciplinario, si introducirán específicas cláusulas de interrelación de tal faceta de gestión de la cuestión de los consumos problemáticos en el trabajo con la propia de la acción asistencial y de garantías de estabilidad en el empleo de las personas víctimas de estas afecciones. Se comprueba, así, una

<sup>178</sup> En esta línea se sitúan la mayor parte de las Guías y recomendaciones de los diferentes sujetos y entidades que disponen de instrumentos y herramientas a tal fin, tanto en el ámbito patronal como en el de los sindicatos más representativos.

clara diferencia con la experiencia vista en el caso de LIPASAM, donde esa conexión aparece más diluida en el convenio, también en el protocolo. De ahí que, de un lado, el referido art. 61, module la exigencia del control al protocolo. De otro, el artículo 63 establezca un régimen de condicionamiento de la sanción más grave, el despido disciplinario en caso de toxicomanía, siempre que<sup>179</sup>:

- a)** sea grave y de larga duración
- b)** esté diagnosticada por un centro especializado y
- c)** la acreditación de que la persona trabajadora se ha sometido a tratamiento y ha logrado normalizarse o recuperarse, siendo apta para trabajar.

En base a lo anterior, el Protocolo sobre drogas y alcohol precisa que su objetivo fundamental es evitar el accidente de trabajo en las terminales de contenedores del Puerto de Algeciras. Para ello, serán de carácter obligatorio y se realizarán en caso de accidente y/o aleatoriamente (ya hemos comentado los problemas jurídicos que generan los controles aleatorios, dado que es un dato personal especialmente protegido, por lo que no insistimos sobre el tema). En el caso de que los resultados de los controles sean positivos se establece una taxonomía según el número de veces que se repitan dichos positivos:

**-1º** día positivo abandono del puesto de trabajo y 3 días de sanción.

**-2º** día positivo, dentro del mismo año natural, desde el primer positivo se deriva al Equipo Técnico.

Precisamente, el Equipo Técnico que está compuesto por profesionales de la medicina, de la psicología, del trabajo social y de la seguridad y salud en el trabajo, así como se los sujetos representativos (delegados de prevención), tendrá las siguientes funciones:

- Seguir la aplicación del protocolo y colaborar con el servicio médico, servicio de prevención y comité de seguridad y salud en todos aquellos aspectos relacionados con el protocolo para los que sean requeridos.

<sup>179</sup> REVOCACION DE DESPIDOS DISCIPLINARIOS. “Los despidos disciplinarios...por toxicomanía grave de larga duración diagnosticada por un centro especializado, serán estudiados por una Comisión creada al efecto con representantes de la empresa y trabajadores, la cual decidirá la confirmación o revocación del despido. En los casos de toxicomanía tendrá que acreditar, a través de los correspondientes certificados del Centro Público Comarcal de Drogodependencias, que está sometido a tratamiento y que se encuentra apto para trabajar”.

**- Evaluar a las personas trabajadoras afectadas de toxicomanía de larga duración** y/o que hayan dado positivo en los controles, y encuadrarlos en los programas especiales que consideren más idóneos<sup>180</sup>.

- Elaborar **“Programas especiales de integración y seguimiento en el trabajo”** para las personas trabajadoras que estén afectados de toxicomanía de larga duración y/o que hayan dado positivo en los controles.

Verificamos, pues, aunque no se exprese con tanta contundencia como en algunos otros casos ya indicados, cómo el rigor en los controles tiene una dimensión orientada sea a la prevención de riesgos laborales (para él y para terceros) sea su rehabilitación. No tiene, pues, lo que se valora positivamente, un fin disciplinario en sí. Destacan, pues, los Programas con la finalidad de la rehabilitación de la persona trabajadora, evitando su “desconexión laboral” (tratamiento sin separarlo del puesto de trabajo). Por eso se llama a la inclusión de dichas personas trabajadoras afectadas de estos estados en las evaluaciones de riesgo, de los planes de prevención y de los protocolos de vigilancia de la salud, conformándose como una verdadera acción integral y eficaz de reincorporación de la persona trabajadora a su puesto de trabajo. Además, dichos programas serán sometidos al estudio y aprobación por un órgano especializado en materia de prevención de riesgos laborales como es el comité de seguridad y salud antes de ser puestos en práctica.

**c. Una experiencia arraigada y exportable sectorialmente.**

Sin perjuicio del margen de mejora y perfeccionamiento que tiene esta experiencia, como puede ser una mayor concreción de medidas y su evolución hacia las adicciones conductuales en sentido pleno (no solo ludopatías), queda claro que supone un enfoque proactivo y recuperador de la persona trabajadora víctima de adicciones, que amerita su difusión más allá de la empresa, e incluso del sector. Esta capacidad de desbordar el ámbito en el que nace es una cualidad de las “buenas prácticas” de gestión, como hemos evidenciado ut supra. Precisamente, **hoy en plena negociación del V Acuerdo Marco del sector de la estiba portuaria**, tras un tiempo muy convulso, por diferentes motivos,

<sup>180</sup> Al respecto, de especial interés, es la Guía de OSALAN, en su actualización de 2018, por cuanto se ofrece un breve, pero cuidado, elenco de pautas prácticas a fin de realizar estos programas específicos de evaluación individualizada. Vid. **Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas?, 2018**, <https://www.osalan.euskadi.eus/libro/guia-para-el-personal-delegado-de-prevencion-que-podemos-hacer-con-las-adicciones-en-las-empresas/es/s94-contpub/es/>

para tan significativo sector económico, empresas y sindicatos vuelven a converger en la necesidad de desarrollar un programa de gestión proactiva, incluyendo la detección de los consumos lo más precozmente posible de las adicciones en el entero sector.

El borrador del referido **V Acuerdo para la regulación de las relaciones laborales en el sector de la estiba portuaria** parece querer hacer bandera de la gestión preventiva del riesgo de adicciones, una política sectorial más adaptada a la realidad. No obstante, de nuevo, parece ser que la autorregulación convencional normativa futura vuelve a centrarse en las adicciones con sustancia, cuando, como la propia experiencia del Puerto de Algeciras, es inexorable atender también a las adicciones sin sustancias.

En su **Disposición Adicional Séptima se Anexa un protocolo de prevención de consumos problemáticos** de alcohol y drogas –no queda abierto a la negociación futura, como hoy-, siendo de obligada aplicación en todos los puertos. Solo conocemos la disposición convencional, no el Anexo; no podemos ir más allá en la valoración, pues. Tiempo habrá cuando se publique como norma sectorial.



SOCIEDAD DE ESTIBA Y DESESTIBA DEL PUERTO DE ALGECIRAS-LA LÍNEA	
<b>Marco Regulator</b>	Convenio colectivo de Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras-La Línea (BOP-Cádiz, núm. 27, de 10 de febrero de 2009).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	Determinación de la creación de un programa de detección y rehabilitación de drogodependientes por el Comité de Seguridad y Salud del Puerto.
<b>Acción asistencial</b>	Implementación de Programas específicos para la rehabilitación de la persona trabajadora sin separarlo del puesto de trabajo.
<b>Acción de reinserción sociolaboral</b>	Programas especiales de integración y seguimiento en el trabajo para las personas trabajadoras con toxicomanía y/o que hayan dado positivo en los controles de alcohol y droga.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificación de un compromiso sobre la materia de órganos especializados en prevención de riesgos laborales, como es el Comité de Seguridad y Salud.</li> <li>- Establece un Plan de gestión de adicciones desde un enfoque preventivo, asistencial y reinsertivo.</li> <li>- La revocación del carácter sancionador de estas adicciones, son obstante, están condicionada a un programa de tratamiento y aptitud de la persona trabajadora.</li> <li>- Programas, con la finalidad de la rehabilitación del trabajador sin separarlo del puesto de trabajo a través de la inclusión de dichas personas trabajadoras en las evaluaciones de riesgo, de los planes de prevención y de los protocolos de vigilancia de la salud.</li> </ul>
<b>Aspectos mejorables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La inclusión de acciones sobre comportamientos adictivos conductuales (ludopatías) solo en la faceta asistencial, pero no en la preventiva</li> <li>- El enfoque preventivo vinculado a la evaluación de factores de riesgo laboral que inciden en las adicciones -o en su agravamiento-, o que actúan de factores de protección queda algo desdibujado, poniéndose énfasis en la rehabilitación.</li> </ul>

## NAVANTIA:

Del compromiso de no sanción de la alcoholemia como enfermedad al paradigma de empresa saludable.

### a. Un primer compromiso de autorregulación convencional para excluir del rigor disciplinario las alcoholemias reconocidas como enfermedad.

Como es bien conocido, NAVANTIA es una sociedad pública española dedicada a la construcción naval civil y militar creada en 2005 como resultado de la segregación de los activos militares del Grupo público-empresarial IZAR. Hoy pertenece a la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales (SEPI), que controla el 100 por 100 de su capital. A los efectos que aquí interesan, el Grupo NAVANTIA cuenta con una importante presencia en la Bahía de Cádiz -con tres factorías<sup>181</sup>. Desde hace tiempo, la entidad tiene comprometido, con expresa inclusión en sus normas de autorregulación convencional (en sus sucesivos convenios, incluidos los propios de la Empresa BAZÁN -ej. XXI CC-), un programa de atención asistencial, no disciplinaria, a las personas empleadas que hayan sido diagnosticadas oficialmente como alcohólicas. Este compromiso se sigue formalizando en términos idénticos en el convenio vigente, según el cual, según se indicó al inicio del Estudio, se considera infracción muy grave la “embriaguez habitual” o la “toxicomanía”, salvo que sea una enfermedad diagnosticada. La fórmula es esta:

“La embriaguez habitual durante el trabajo o el consumo o introducción en los Centros de Trabajo/Factorías de drogas, estupefacientes y la permanencia en el mismo en estado de intoxicación producido por dichas sustancias. **No se incluirá en este apartado la patología de alcoholismo diagnosticada por la Seguridad Social**” (art. 56.2 h) I Convenio colectivo intercentros de Navantia, SA, S.M.E).

Como podemos comprobar que, el significativo rigor disciplinario (se considera como una infracción muy grave la sola presencia en el centro de trabajo bajo los efectos de alcohol o de sustancias psicoactivas, presumiendo que tiene una incidencia negativa en el trabajo, como exige el art. 54 ET), se ve corregido por el enfoque asistencial para el caso de constatación oficial de

<sup>181</sup> <https://www.navantia.es/es/sobre-nosotros/donde-estamos/>. Para el impacto del coronavirus en su actividad astillera <https://www.infodefensa.com/es/2020/03/15/noticia-navantia-suspende-actividad-bahia-cadiz.html> y [https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/Navantia-Cadiz-consuela-reparacion-Solitaire\\_0\\_1480652256.html](https://www.diariodecadiz.es/noticias-provincia-cadiz/Navantia-Cadiz-consuela-reparacion-Solitaire_0_1480652256.html)

una patología o enfermedad, como es la alcoholemia. En estos casos, el ejercicio del poder disciplinario queda desplazado por la acción de tipo asistencial, siempre que el diagnóstico esté constatado por la seguridad social, lo que, lógicamente, presupone que la cobertura económica se produce también a cargo de la prestación pública. En estos casos, la empresa se compromete, tras la recuperación, en su caso, a la reincorporación de la empresa. Vemos, no obstante, que este programa adolece de cierta insuficiencia y obsolescencia, por cuanto quedó anclado en una de las patologías adictivas de mayor frecuencia en nuestro país, y en el sector. Como vimos, hoy requiere de una significativa renovación, al hilo de un programa mucho más amplio y modernizado de promoción de la salud bajo el paradigma de la empresa saludable.

### b. Un nuevo paso para la integración de la promoción de la salud en la política de seguridad y salud laboral: gestión de los factores de riesgos psicosocial.

Un proceso que, justamente, la empresa ha decidido emprender, de forma reciente y que, a nuestro juicio, merece una positiva valoración, por su compromiso evolutivo hacia una empresa saludable desde una perspectiva de gestión integral. Un hito básico a tal fin ha sido **la certificación, en 2020, de NAVANTIA como empresa saludable por la ENWHP**. Aunque, de momento, no se ha reflejado -a diferencia de lo sucedido con otras empresas, como es el caso de Acerinox Europa, ya comentada- en su norma básica de autorregulación normativa, en su convenio colectivo nuevo, sí que está teniendo más de un reflejo en sus normas y políticas ordenadoras de la seguridad y salud en el trabajo. A tal fin, el referente u horizonte, no será solo la garantía de la seguridad (con el objetivo del modelo 0 accidentes) y la protección de la salud de las personas empleadas, sino también promover el bienestar de todas las personas empleadas, plantilla propia de las empresas colaboradoras<sup>182</sup>.

En suma, este enfoque de políticas de seguridad y salud basadas en la búsqueda del bienestar de las personas empleadas se considera elemento estratégico, integrado en el corazón del negocio (de ahí el compromiso de adecuación del Sistema de Gestión de PRL a la norma ISO 45001 -su aplicación no deja de ser conflictiva hoy, por las deficiencias identificadas al respecto en el seno de la OIT-) y clave para el fomento de una renovada cultura preventiva, como reza la Estrategia andaluza. Entre las acciones

<sup>182</sup> Así lo ha manifestado su Presidenta. <https://www.navantia.es/es/actualidad/notas-prensa/navantia-celebra-su-iv-jornada-de-prevencion-de-riesgos-laborales/>

más destacadas a tal fin cabe destacar, para una gestión más proactiva de las adicciones en el trabajo como parte de una política de promoción de la salud en el trabajo integrada en el sistema de gestión de riesgos laborales, las tres siguientes. A saber:

1) La aprobación del nuevo **“Reglamento de Seguridad, Salud Laboral y Medio Ambiente”**. La empresa mantiene (ej. RENFE-ADIF) una normativa interna específica en materia, con valor de convenio colectivo, de ahí la relativa escasa regulación convencional de una materia tan relevante para una empresa como NAVANTIA. La normativa interna se ha ido renovando progresivamente y ahora se ha comprometido la revisión para ofrecer una regulación más integral y actualizada de la política de seguridad y salud laboral, con un enfoque cultural y ambiental manifiesto.

2) Desarrollo del **Plan de Acción de Riesgos Psicosociales**. Como viene enfatizando la OIT, y ha reflejado la estudiada ECML (3013-2014), uno de los ámbitos de acción preventiva primaria más significativos para reducir los factores de riesgo incisivos en las prevalencias de consumos abusivos, así como, para la promoción de factores de protección, es el relativo a los factores y riesgos psicosociales. El nuevo empeño de la empresa, de promover un plan específico, redundará en la creación de un entorno laboral menos propicio para las adicciones y más favorable para condiciones de vida y de trabajo saludables.

3) Desarrollo del **Plan de formación en la cultura preventiva a las nuevas incorporaciones**. Finalmente, la acción educativa y de sensibilización sobre toda la población -como dice la OIT-, en especial para los más jóvenes -recuérdese el sesgo de edad de los consumos, según la ECML- en relación con un entorno saludable, no solo seguro, constituye una útil medida de prevención primaria.



NAVANTIA	
<b>Marco de autorregulación</b>	Convenio colectivo (I Convenio colectivo intercentros de la empresa Navantia, SA, S.M.E). Compromisos de Responsabilidad Social Corporativa (integración en la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo con la certificación ENWHP).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	- Reglamento de Seguridad, Salud y Medio Ambiente dirigido a una protección integral, si bien no diferencia de forma específica, aún los factores de riesgo-protección con relación a los consumos nocivos. - Plan de Acción frente a los factores de Riesgo Psicosocial en la organización.
<b>Acción asistencial</b>	Excluye la patología de alcoholemia de las medidas disciplinarias.
<b>Acción de reinserción sociolaboral</b>	Garantía de retorno si supera el proceso de desintoxicación alcohólica.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	- Compromiso de integración de una política de salud en el trabajo en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Nueva norma integral y actualizada. - La exoneración del ejercicio de la potestad disciplinaria si se trata de una patología de abuso de sustancia oficialmente diagnosticada - Avance hacia los factores de riesgo más incisivos en las conductas de usos abusivos, como los riesgos psicosociales.
<b>Aspectos mejorables</b>	- Una visión más integral del problema de las adicciones, no solo de una parte de ellas. - Un compromiso más formalizado y transparente asistencial. - El enfoque preventivo vinculado a la evaluación de factores de riesgo laboral que inciden en las adicciones -o en su agravamiento-, o que actúan de factores de protección queda algo desdibujado, poniéndose énfasis en la rehabilitación.

### RTVA:

Los grupos de comunicación pública se abren a la gestión proactiva frente a las adicciones en la población empleada.

#### a. Una práctica creciente: La Agencia Pública Empresarial RTVA se suma a la tendencia de otros Grupos y Corporaciones de Comunicación.

Dejando de lado su muy reciente renovación, mediante el -conflictivo- III Convenio Colectivo de Radiotelevisión Española (RTVE), aquí interesa recordar que el II CC de la Corporación pública de RTVE, en su artículo 90, dentro de la política de seguridad y salud en el trabajo de la Corporación (CRTVE), incluyó el compromiso, propio del Comité General de Seguridad y Salud Laboral -CGSSL- de elaborar un «procedimiento de gestión de las drogodependencias y alcoholismo en el trabajo». Lo más destacado del mismo es que se fundamentaba en el deber de “cumplir obligaciones preventivas”, por lo que la visión proactiva parece clara. El problema es que quedaba abierto en el tiempo y, en consecuencia, no se fijaba un plazo específico (“se llevará a cabo a lo largo del tiempo acordado en el CGSSL”). Según nuestras informaciones, ese protocolo todavía no se ha desarrollado, hallando su origen mucho antes -en el I CC de la CRTVE<sup>183</sup>.

Pues bien, en este contexto sectorial, merece especial mención la opción seguida por la Agencia Pública Empresarial de la RTVA (Canal Sur Radio y TV). También en el marco de la política de seguridad y salud en el trabajo, su convenio colectivo (BOJA, núm. 240, de 10 de diciembre 2014) dispone de aspectos relevantes para una gestión más proactiva y preventiva del consumo de drogas en el entorno de esta corporación. Si bien no es el único, el artículo 29 (*Planificación de la actividad preventiva*) se ocupa, en línea con el paradigma de la OMS y de la OIT, de enmarcar una política preventiva acerca la drogodependencia (veremos que omite nominar las adicciones conductuales).

<sup>183</sup> Artículo 85 del I CC de la empresa Corporación RTVE (Resolución de 15 de noviembre de 2011, de la Dirección General de Trabajo, BOE 28 de noviembre de 2011). Como tampoco hemos podido conocer, pues no se ha publicado -a la fecha de entrega de este Estudio-, el contenido concreto del III CC de RTVE no estamos en condiciones de ver si, por fin, tan dilatado compromiso se ha cumplido. O, como en el caso del sector de la Estiba, permanece -ad calendas graecas-

#### b. La reafirmación del modelo de inclusión de la gestión proactiva del consumo problemático en el Plan de Prevención de Riesgos Laborales.

En efecto, en su quinto apartado, dispone que dentro del Plan de Prevención, se deberá de elaborar un programa relativo a las drogodependencias. El objeto primordial es -conforme a su enfoque proactivo- estimular e implementar estrategias preventivas que incluyan actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes y comportamientos de las personas trabajadoras de esta entidad, así como de aquellos factores de riesgos tendentes a facilitar la rehabilitación del personal laboral que estén afectados por el consumo de drogas, todo ello dentro del respeto a la esfera privada de la propia persona trabajadora. Por tanto, entendemos que es un compromiso de política interna de gestión de las adicciones de forma más eficaz que la disciplinaria valorable muy positivamente. Frente a la sanción -que no se vacía de eficacia- se impondría el favor por los programas de desintoxicación y reinserción de la persona dependiente, para su reincorporación a su trabajo.

Por supuesto, como condición ya referida a fin de catalogarla de buena práctica, tiene una componente participativa importante. Para ello, las personas que ostentan el cargo de Delegadas de Prevención intervendrán en todo el proceso de prevención, rehabilitación y reinserción posterior en el ámbito laboral. No obstante, una vez más, el protocolo de esta corporación pública de comunicación andaluza terminará poniendo el acento en el enfoque asistencial, en detrimento de la prevención primaria -fuera de la más elemental acción divulgativa o de sensibilización con el problema-

De ahí que se eche de menos el establecimiento de un enfoque más claro de factores de riesgo-factores de protección asociados al ambiente laboral. Esto es, asociar más claramente la política de gestión no disciplinaria de las adicciones en el entorno laboral, en línea con la ECML y otras experiencias ya comentadas, con la gestión de los factores psicosociales, de organización y condiciones físicas del entorno de trabajo, para que, en vez de suponer un riesgo para iniciar, mantener o favorecer conductas adictivas, muten, en cambio, en factores de protección frente a las mismas<sup>184</sup>. Asimismo, el compromiso de condicionamiento del régimen disciplinario por la faceta asistencial frente a estados de

<sup>184</sup> Entre otras experiencias, destacamos la del art. 45.3 del convenio colectivo de Personal Laboral del Ayuntamiento de Osuna (BOP de Sevilla, núm. 220, de 21 de septiembre de 2018).

patología o enfermedad, la propia de la adicción, tampoco queda bien trazado.

Desde esta perspectiva, como regla general, es cierto que ninguna persona empleada de RTVA podrá ser despedida por causa de su toxicomanía o drogadicción. Ahora bien, si estas conductas repercuten gravemente en el normal desempeño de su cometido profesional, o si suponen *“la introducción en el Centro de trabajo de drogas o materias que puedan ocasionar riesgos, peligros o daños para las personas, cosas, o instalaciones o bien afecten a la marcha normal del trabajo”*, sí podrán ser sancionadas como infracciones muy graves.

AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL DE LA RADIO Y TELEVISIÓN DE ANDALUCÍA Y SUS SOCIEDADES FILIALES, CANAL SUR RADIO, S.A., Y CANAL SUR TELEVISIÓN, S.A. (RTVA)	
<b>Marco Regulator</b>	Convenio colectivo de la Agencia pública empresarial de la radio y televisión de Andalucía y sus sociedades filiales, Canal Sur Radio, s.a., y Canal Sur Televisión, S.A. (RTVA) (BOJA, núm. 240, 10 de diciembre 2014).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	- Compromiso sobre la creación dentro del Plan de Prevención, un programa relativo a las drogodependencias. - Objetivo: estimular e implementar estrategias preventivas que incluyan actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes y comportamientos de las personas trabajadoras de esta entidad.
<b>Acción asistencial</b>	Potenciar aquellos factores tendentes a facilitar la rehabilitación del personal laboral que estén afectados por el consumo problemático.
<b>Acción de reinserción sociolaboral</b>	Ninguna persona trabajadora podrá ser despedida por causa de su drogadicción, salvo que puedan ocasionar riesgos, peligros o daños para las personas, cosas, o instalaciones o intereses de la empresa.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	- Especificación de un compromiso sobre la materia de órganos especializados en prevención de riesgos laborales, como es Delegadas de Prevención. - Establece un Programa relativo a las drogodependencias dentro del Plan de Prevención.
<b>Aspectos mejorables</b>	- No incluye expresamente las adicciones conductuales. - Prima la perspectiva asistencial sobre la proactiva. - No queda suficientemente precisa la comunicación entre la faceta disciplinaria y la asistencial (garantía de conexión laboral continua).

### AYUNTAMIENTO DE OSUNA:

Ejemplo de gestión integral en el seno de las organizaciones público-administrativas.

#### a. Organizaciones público-administrativas (sobre todo los Ayuntamientos), un campo abonado para los compromisos de gestión proactiva de adicciones.

Como pudimos comprobar en el análisis del tratamiento de las adicciones de la población trabajadora en la negociación colectiva, tanto estatal como andaluza, **uno de los ámbitos de mayor presencia de aquél es el de las organizaciones públicas**, no ya solo de las empresas públicas (sector público-empresarial), como venimos analizando, sino de las entidades público-administrativas, sobre todo corporaciones municipales. Aunque las opciones en este ámbito organizativo público son muy diferentes, también como sucede en el ámbito de las organizaciones privadas (empresariales), cabe hallar un patrón común muy extendido. Por eso, si bien merecería la pena analizar diferentes experiencias **(como la del Ayuntamiento de Bailén, que optó por un protocolo, sin que se incluya en el convenio colectivo)**, incluso para el ámbito andaluz, se ha seleccionado la que nos parece más prototípica para un enfoque de gestión integral y proactiva de las adicciones en la población trabajadora: la del Ayuntamiento de Osuna.

A tal fin, el Convenio colectivo del Personal Laboral del Ayuntamiento de Osuna (BOP de Sevilla, núm. 220, de 21 de septiembre de 2018) dispone de aspectos relevantes en relación con el consumo de drogas en el entorno de trabajo en diferentes cláusulas. Una vez más, hallaremos cláusulas de carácter asistencial junto a otras que son típicamente preventivas, dejando en un plano secundario el enfoque sancionador o represivo de dichas conductas, siendo un aspecto interesante y sin duda reseñable. No obstante, la principal llamada autorreguladora de las adicciones (drogodependencias, una vez más, reduciendo nominalmente el ámbito aplicativo, otra cosa será en el plano material) se encuadra en un ámbito no típicamente de seguridad y salud en el trabajo, si bien tampoco disciplinario. En efecto, en el capítulo sobre atenciones sociales, su art. 20 (*Alcoholismo y drogodependencia*) reclama una política asistencial y de rehabilitación de las personas trabajadoras en proceso de tratamiento por drogodependencia.

#### b. La garantía de conservación (conexión) del empleo, eje central de la política de gestión de las adicciones en la corporación municipal de Osuna.

En el ámbito preventivo, es fundamental el art. 45 apartado 2 y 3 acerca de la vigilancia de la salud. Así, el Ayuntamiento deberá de instaurar programas de Prevención de Alcoholismo y Drogodependencias teniendo en cuenta la

*“relación entre condiciones de trabajo y consumo de drogas y modificación, si resulta necesario, de las condiciones laborales que repercuten negativamente incitando al consumo, siempre integrados en el Plan de Prevención General diseñado para cada empresa”.*

Entendemos acertada la conexión que determina entre la vigilancia de la salud, la evaluación de los riesgos laborales y las medidas preventivas a partir de los factores psicosociales, de organización y condiciones físicas del entorno de trabajo según el citado art. 45.3 del convenio colectivo.

*“...debemos incluir en todo proceso de Evaluación de Riesgos, recogido en el artículo 16 de dicha Ley, los factores Psicosociales, de Organización y condiciones físicas del medio ambiente de trabajo que pueden favorecer o mantener el uso indebido de drogas”.*

Si fracasa esa prevención, la política municipal de gestión proactiva y preventiva de las eventuales adicciones actualizadas en su población empleada también emerge. Así, se les reconoce el derecho a la flexibilización de horarios o adaptación de jornada, para permitir la asistencia a las sesiones médico-psicológicas correspondientes. Además, el mantenimiento del puesto de trabajo, así como del respeto de las condiciones económicas y demás derechos adquiridos durante el proceso de rehabilitación. Por tanto, entendemos que es una cláusula muy positiva para facilitar la desintoxicación, deshabituación y, sobre todo, la reinserción del trabajador dependiente a su medio, incluido el laboral. Prueba de esta centralidad de la garantía de seguridad en el empleo, de continuidad de su conexión laboral,

para evitar una segunda victimización de la enfermedad, es que no se contempla infracción alguna al respecto. Por lo tanto, se sancionarán las eventuales consecuencias negativas en el trabajo, nunca los estados de adicción, y siempre en el marco de los compromisos de tratamiento recuperador.

AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL DE LA RADIO Y TELEVISIÓN DE ANDALUCÍA Y SUS SOCIEDADES FILIALES, CANAL SUR RADIO, S.A., Y CANAL SUR TELEVISIÓN, S.A. (RTVA)	
<b>Marco Regulator</b>	Convenio colectivo del Personal Laboral del Ayuntamiento de Osuna (BOP de Sevilla, núm. 220, de 21 de septiembre de 2018).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	- Establecimiento de programas de Prevención de Alcoholismo y Drogodependencias. - Evaluación de Riesgos de los factores Psicosociales, de Organización y condiciones físicas del medio ambiente de trabajo que pueden favorecer o mantener el uso indebido de drogas.
<b>Acción asistencial</b>	La flexibilización de horarios o adaptación de jornada, para permitir la asistencia a los programas de tratamiento.
<b>Acción de reinserción sociolaboral</b>	Mantenimiento del puesto de trabajo, así como del respeto de las condiciones económicas y demás derechos adquiridos durante el proceso de rehabilitación.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	- Determinación de una eficaz política preventiva mediante la evaluación de riesgos psicosociales. - Especificación del derecho a la flexibilización de horarios o adaptación de jornada, para permitir la asistencia a los programas de tratamiento. - Determinación del mantenimiento del puesto de trabajo, así como del respeto de las condiciones económicas y demás derechos adquiridos durante el proceso de rehabilitación. - La no sanción de las conductas adictivas.
<b>Aspectos mejorables</b>	- La conveniencia de inclusión de las adicciones conductuales. - Una mayor concreción de las medidas que integran los Programas de Prevención de Alcoholismo y Drogodependencias.

### EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS (CÓRDOBA):

Una experiencia de gestión proactiva de las adicciones en el seno de una organización entre entidad privada y tercer sector.

#### a. Un hospital General de gestión sociosanitaria privada a cargo de una orden hospitalaria.

El Hospital San Juan de Dios de Córdoba pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (institución presente en 55 países de los cinco continentes en los que cuenta con más de 55.000 profesionales, 1.200 hermanos, 9.000 voluntarios y más de 300.000 benefactores). Aunque es de titularidad privada, este hospital general básico tiene una larga tradición de colaboración con el sistema sanitario público. En virtud de los valores de la Orden Hospitalaria que lo gestiona su programa de responsabilidad social se vincula a aspectos como la humanidad de trato, la calidad asistencial, respeto y responsabilidad.

En ese escenario, su convenio colectivo (BOP de Córdoba, núm. 164, de 27 de agosto de 2018) cuenta con preceptos relacionados con el tratamiento de las adicciones de las personas trabajadoras de esta organización. En este sentido, en su Capítulo octavo relativo Salud laboral, art. 45, establece como unas de las funciones por parte del Comité de Salud Laboral, el tratamiento de la problemática de la drogodependencia. De conformidad con el paradigma de la OIT y de la OMS, el enfoque sigue la línea de una gestión integral, en los términos ya evidenciados recurrentemente, por lo que no es útil insistir en ello. Además, y en la línea de mejorar las garantías de seguridad económica de las personas que puedan necesitar una baja a fin de seguir los tratamientos debidos para la desintoxicación, el convenio prevé una protección, sobre mejoras voluntarias, reforzada mientras dure la incapacidad temporal (garantía de la seguridad económica de la persona trabajadora víctimas de adicción durante su tratamiento de normalización y de recuperación para la vida social y laboral).

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	
<b>Marco Regulador</b>	Convenio colectivo del Hospital San Juan de Dios (BOP de Córdoba, núm. 164, de 27 de agosto de 2018).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva y asistencial</b>	Declaración de crear un tratamiento de la problemática de la drogodependencia desde el punto de vista preventivo, curativo y rehabilitador.
<b>Acción de reinserción sociolaboral</b>	Establecimiento de mejoras voluntarias sobre la incapacidad temporal en los supuestos por enfermedad común y accidente no laboral, garantizando la seguridad económica de la persona trabajadora víctimas de adicción.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificación de un compromiso para la creación de un tratamiento de la problemática de la drogodependencia desde el punto de vista preventivo, curativo y rehabilitador.</li> <li>- Establece competencias sobre la materia a un órgano representativo especializado, como es el Comité de Seguridad y Salud.</li> <li>- Determinación de garantía de seguridad económica de la persona trabajadora víctimas de adicción.</li> <li>- La no sanción de las conductas adictivas.</li> </ul>
<b>Aspectos mejorables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La inclusión de las adicciones conductuales.</li> <li>- Cláusulas muy genéricas y declarativas sin concreciones específicas, de manera que, se deberá de establecer unos principios de acción más precisos y concretos.</li> </ul>

### CRUZ ROJA ESPAÑOLA, GRANADA:

Otra experiencia de gestión integral de las adicciones singularizada por centros de trabajo.

#### a. Una experiencia de responsabilidad social típica del tercer sector, pero asociada a un marco de autorregulación convencional por centro de trabajo.

Aunque pudiera pensarse que Cruz Roja Española, organización con una naturaleza jurídica muy singular, sin ánimo de lucro y protección estatal, dedicada al servicio de los grupos más vulnerables, tiene la misma política respecto a la gestión de las drogas en la población que ocupa laboralmente en todo el territorio, no es así. Al igual que se vio respecto de otras experiencias, en el ámbito de las sociedades mercantiles privadas, como CESP, la autorregulación convencional de centro de trabajo tiende a marcar una notable diferencia de opciones a tal fin. A título de ejemplo el Convenio Colectivo de empresa Cruz Roja Española en Albacete (B.O.P. de Albacete, núm. 94, de 16 de agosto de 2019) sanciona la embriaguez y toxicomanía (enfoque disciplinario) y no determina nada sobre acciones de prevención, asistencia y reinserción de las personas trabajadoras con conductas adictivas y/o consumos problemáticos. Por lo que quedaría a eventuales acciones unilaterales e informales, o protocolizadas, pero unilaterales, por lo que no se pueden configurar como auténticas "buenas prácticas", en el sentido aquí evidenciado.

En un sentido análogo, si bien incluye alguna previsión asistencial, como la colaboración a la hora de la reconducción de la persona trabajadora víctima de la afección a una acción asistencial, encontramos varios convenios de centro de trabajo en Castilla-León. Sería el caso de Cruz Roja Española en Zamora (B.O.P. de Zamora, núm. 92, de 7 de agosto de 2019) y de Cruz Roja Española en Soria (B.O.P. de Soria, núm. 81, de 17 de julio de 2019). En estos casos, huérfana de toda referencia preventiva, sí se abre la organización a facilitar la posibilidad de tratamiento siempre previa a la sanción, en línea con los protocolos y prácticas (formales e informales) de pura asistencia social.

No es el caso de Cruz Roja Española en Granada. Según su convenio **sí cuenta con una gestión proactiva-preventiva de adicciones en el lugar de trabajo.** En este sentido, merece especial reseña su artículo 33, relativo a la salud laboral.

Establece como unas de las funciones del Comité de Seguridad y Salud abordar el consumo de sustancias tóxicas desde un

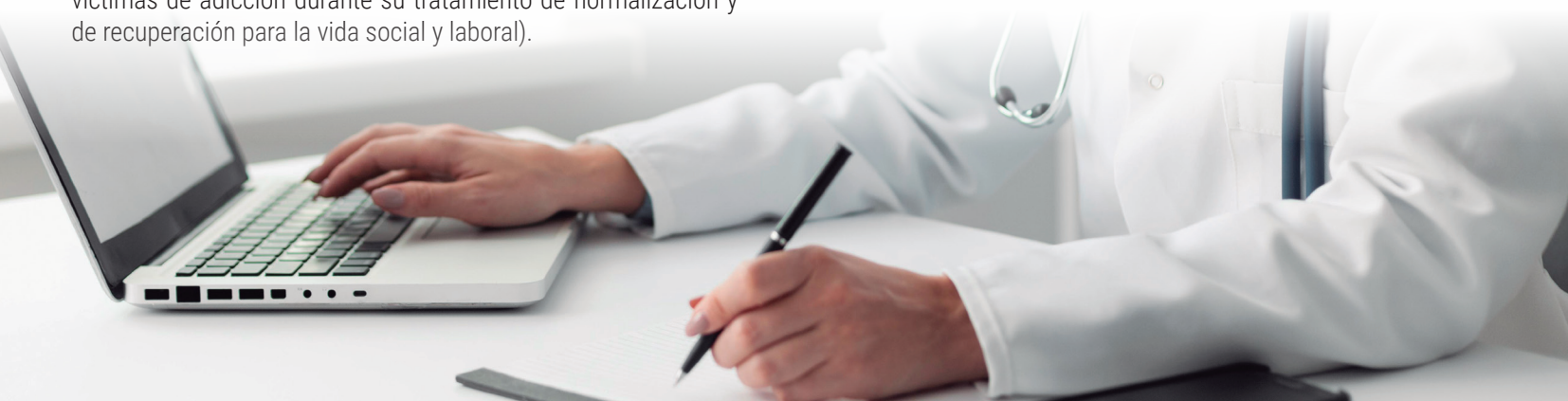
**Plan Integral en sus vertientes preventiva, asistencial, de reinserción, participativa, voluntaria y planificada.** El programa es muy **similar al que vimos, para el ámbito estrictamente privado, en la sociedad CESP, Huelva**<sup>185</sup>.

#### b. Se reafirma la relación positiva entre la política de promoción de la salud y la política de seguridad y salud en el trabajo.

Como en todos los casos de este paradigma de gestión integral de las adicciones, la llamada a una política interna de la empresa proactiva, no disciplinaria, parte de la visión del problema de los consumos nocivos como una cuestión de salud de impacto o relevancia social, no solo individual. Se reproduce la cláusula -recurrente- en este tipo de modelos de gestión según la cual las adicciones de las personas empleadas pueden -relación de probabilidad- nacer, o agravarse, en su relación con las malas condiciones de trabajo, sucediendo lo contrario (factores de protección), en caso de que se atienda a una adecuada calidad de vida y de trabajo. Sí sorprende que reitere también la fijación en el problema de las adicciones con sustancia, cuando es evidente que, por el tipo de organización de que se trata, ha tenido que atender también adicciones conductuales, sin duda ludopatías. Pese a estos elementos de anclaje en tratamientos tradicionales, no es posible regatearle a esta experiencia cierto espíritu innovador.

La vinculación a un organismo colegiado y paritario típico del sistema de gestión preventiva de riesgos laborales es manifiesta, porque, siguiendo, de nuevo, la pauta más común en este modelo de gestión empresarial de las adicciones en el entorno de trabajo, convencionalmente comprometido y condicionado, se atribuye al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo. Sin embargo, en el nivel de autorregulación convencional, queda también limitado el programa de gestión a un compromiso programático, sin que haya una remisión expresa a un protocolo pactado. Por tanto, el marco de desenvolvimiento será el propio de la responsabilidad social de la empresa.

<sup>185</sup> Y el convenio colectivo de Ayuda a domicilio de Sevilla y provincia (BOP de Sevilla, núm. 220, de 10 de abril de 2018), tal y como abordaremos más adelante.



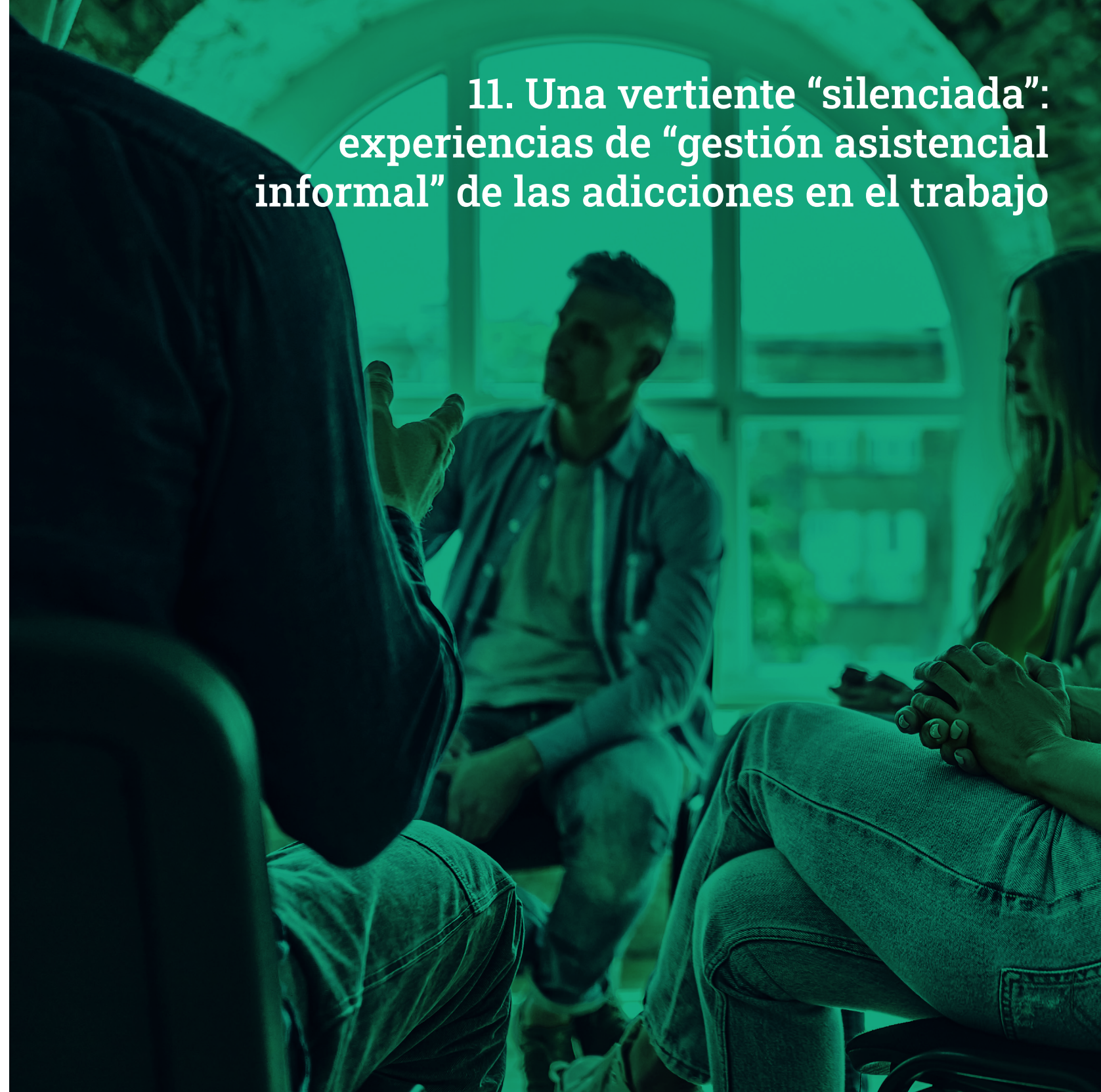
Brevemente, las medidas genéricamente nominadas son -como se recordará, pues se vieron en diversos convenios colectivos, tanto estatales como estrictamente andaluces-:

- **Prevención primaria:** Implantación de técnicas de prevención primaria mediante medidas educativas, informativas y formativas cuyo fin sea la reducción del uso de drogas y promociónen hábitos de vida saludables. Además, se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo.
- **Asistencial (prevención terciaria):** Se facilitará un programa individual de asistencia por los servicios de prevención a través del tratamiento a aquellas personas trabajadoras que lo soliciten voluntariamente.
- **Reinserción:** El objetivo fundamental es devolver la salud al trabajador y facilitar la reincorporación a su puesto de trabajo.

En este último ámbito, debemos de resaltar el carácter notablemente atenuado del régimen sancionador de estas adicciones en el trabajo. No obstante, el ejercicio de la potestad disciplinaria no desaparece, no hay una renuncia colectiva al mismo, sino que se condiciona al cumplimiento del programa de rehabilitación. En cambio, debemos de resaltar que la entidad no mantiene tampoco aquí una opción única. Así, por ejemplo, Cruz Roja Española en Guadalajara sí pareciera renunciar a esa dimensión (BOP de Guadalajara, núm. 13, de 21 de enero de 2020). En este caso se establece de una manera expresa su carácter no sancionador, así como la -recurrente- posibilidad de excedencia forzosa con reserva de puesto de trabajo (compromiso que no se formaliza, en cambio, en el plan de Cruz Roja Española para Granada). No obstante, conviene hacer un análisis más de fondo y sistemático, de modo que, en última instancia, el ejercicio de la potestad disciplinaria no aparecería en modo alguno excluido de forma absoluta, sino que, como sucede con carácter más habitual, lo que sucede -correctamente- es que se condiciona al cumplimiento del programa de rehabilitación (deber de autoprotección de la persona trabajadora afectada de adicción).

CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN GRANADA	
<b>Marco Regulator</b>	Convenio Colectivo de la Empresa Cruz Roja Española en la provincia de Granada (BOP de Granada, núm. 89, de 12 de mayo de 2017).
DISPOSICIONES	
<b>Acción preventiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Comité de Seguridad y Salud deberá de desarrollar medidas educativas, informativas y formativas que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promociónen hábitos saludables.</li> <li>- Se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo</li> </ul>
<b>Acción asistencial</b>	Apoyo para el tratamiento a aquellas personas trabajadoras que lo soliciten voluntariamente.
<b>Acción de reinserción sociolaboral</b>	Al trabajador que se adscriba al tratamiento se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo.
<b>Acción sancionadora</b>	Se sancionan como falta muy grave la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo. En este caso, se facilitará al trabajador o trabajadora la posibilidad de tratamiento rehabilitador.
VALORACIÓN	
<b>Aspectos positivos como factores de éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muy adecuada la determinación de competencias a un órgano representativo especializado, como es el Comité de Seguridad y Salud.</li> <li>- Establece un Plan integral de gestión de adicciones (preventiva, asistencial y reinsertiva). Así como un plan participado.</li> <li>- Explicitación de la relación entre el entorno de trabajo y dicho consumo a consecuencia de las condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo.</li> <li>- La atenuación del carácter sancionador de estas adicciones, sin embargo, está condicionada al programa de rehabilitación.</li> </ul>
<b>Aspectos mejorables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cláusulas muy genéricas sin concreciones específicas</li> <li>- La no inclusión de adicciones conductuales.</li> <li>- El enfoque preventivo sin conexión entre la evaluación de riesgos laborales y las medidas de prevención con la finalidad de suprimir o minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección.</li> <li>- Ausencia de contemplación expresa de la vía de la excedencia con reserva de puesto de trabajo.</li> </ul>

## 11. Una vertiente “silenciada”: experiencias de “gestión asistencial informal” de las adicciones en el trabajo



### 11.1. La dialéctica “invisibilidad” del problema de las adicciones en el trabajo versus “gestión informal” por la organización.

Como evidenciamos en su momento, las dos ECML (2007-2008 y 2013-2014) nos dejan un dato algo paradójico: mientras que la mayoría de la población laboral valora como “problema importante” los consumos problemáticos de sustancias, manteniéndose una visión equivalente en ambas, constatarían, al tiempo, tanto una menor información cuanto una más reducida “visibilidad” del problema de las adicciones en la organización del trabajo. Ahora bien, este persistente relativo “silencio” ¿significa que las empresas no hacen nada al respecto, considerándolo como algo solo propio de la responsabilidad social de grandes corporaciones (tipo Telefónica, Adif, etc.), que pueden permitirse una gestión de ese tipo, yendo más allá de lo que prevé la normativa vigente? Dicho en otros términos **¿si las empresas no cuentan con un convenio colectivo** que les obligue, o que les incite, a implicarse en la gestión de las adicciones en el trabajo, **o con un específico procedimiento (protocolo) para su gestión, quiere decir que no existe acción de ningún tipo al respecto?**

**La investigación que se ha conducido en la realización de este Estudio nos pone de relieve que no es así, al menos no necesariamente.** Una cosa es que la empresa o la entidad no formalice (visibilice) la acción que realiza a tal fin, a menudo muy arraigada en el tiempo, a través de su autorregulación convencional (convenio de empresa), pese a que dispone de él, o de un procedimiento específico (protocolo de gestión de adicciones de la población trabajadora), y otra muy diferente, se insiste, que no cuente con ciertas **“prácticas de gestión al respecto”**. Precisamente, por no estar formalizadas en ningún documento y ser de origen unilateral, concesión “altruista” de la empresa, las llamamos “prácticas de gestión informal” de las adicciones (drogodependencia, ludopatía) comunicadas por la población empleada. Se trata de prácticas a caballo entre lo que fue, inicialmente, un “modelo paternalista” de gestión y lo que después termina siendo una suerte de “modelo informal de responsabilidad social de empresa”.

**No son pocas** las empresas que pueden encuadrarse en esta tipología de gestión de las adicciones de las personas empleadas, por lo general con un sentido asistencial, a fin de contrarrestar la dimensión eminentemente disciplinaria de la regulación legislativa -y, a menudo, como vimos, refrendada por la autorregulación convencional-. **El resultado en la práctica será análogo o**

**equivalente, pues, a las prácticas de gestión formalizada que se centran en un enfoque seguridad en el empleo** de las personas afectadas, siempre que estas se comprometan con procedimientos individuales de desintoxicación. La situación en Andalucía es, desde esta perspectiva, análoga a la que se ha encontrado en otros ámbitos del territorio español<sup>186</sup>.

**Ciertamente, a nuestro juicio, no pueden ser consideradas como “buenas prácticas”, desde luego no “mejores prácticas”,** porque nacen de decisiones de fuente unilateral, sin la participación colectiva (como requiere la OIT), obedecen más bien a estilos de dirección “paternalistas”, en vez de responder a modelos comunicativos y proactivos (en línea con lo que reclama la referida OIT) y, además, se mantiene altamente informal y ello en cuanto que no se difunde internamente tampoco. Por lo tanto, a menudo ni las personas empleadas lo saben o lo conocen antes de tener el problema y que alguien, de una forma incierta, aleatoria, le pueda indicar que las empresas tienen disponibilidad para ayudar. **Ahora bien, no menos verdad es que sí nos merecen valoración positiva, porque corrige el rigor disciplinario legislativo** y se mueve en la senda de las experiencias de autorregulación convencional que asume la referida dimensión asistencial. De manera que se condiciona la aplicación del régimen sancionador-disciplinario al sometimiento a procesos de tratamientos de desintoxicación o rehabilitación de las personas trabajadoras con dichas conductas, si bien, aplicadas según el caso concreto y a título individual de la persona trabajadora afectada.

Como enseñan los estudios de organización del trabajo, e incluso de ergonomía de las organizaciones, en todo grupo complejo deben considerarse las normas formales y las informales. No todo está, ni puede estar, prescrito, por lo que suelen conocer otras vías de ordenación de los diferentes aspectos que la integran, uno de ellos las relaciones interpersonales y sociales. Pueden ser un factor de comunicación-integración social.

En última instancia, como se anticipó, no distan mucho la manera de proceder de las empresas que desarrollan este tipo de prácticas de gestión asistencial informal, con las que tienen formalizada tal gestión, bien a través de autorregulaciones convencionales bien a través de procedimientos específicos (negociados extramuros de la negociación colectiva más institucionalizada o

<sup>186</sup> Así se deriva del trabajo de campo realizado, a través de entrevistas y una reunión por videoconferencia, con la ONG de tratamiento de adicciones PATIM, Castellón, que, a su vez, integra la UNAD (Unión Nacional de Asociaciones de Atención a Drogodependientes). Vid. AAVV. (Dirección M. Miñarro). Nuevas experiencias de gestión proactiva de las adicciones en las empresas, UGT-CEC, 2020.

“formal”). Así, comunicado (más que detectado) el problema de consumos, o de conductas (ludopatías), problemáticos en alguna de las personas trabajadoras de su empresa, ésta establece a favor de aquéllas alguna medida de recuperación y rehabilitación, al margen de la regulación convencional (se insiste en que más de una de ellas lo tienen). A partir de ahí, emerge el compromiso individual de la empresa con la persona afectada de facilitarle los permisos, principalmente, a través de una baja laboral, de un lado, y asunción del coste del tratamiento de deshabituación en un centro especializado. Con relación a este último aspecto, comprobamos una clara mejora respecto de la mayoría de las prácticas, convencionales y/o protocolarias, analizadas, pues ya vimos que tienden a silenciar tal cobertura financiera, incluso en los marcos de acción social en la empresa (aunque en ciertas normativas internas sí emerja, como en el caso de Renfe -Adif, hoy-).

### 11.2. Tensión entre la dimensión “formal” e “informal”: utilidades y limitaciones de la gestión informal (también para las adicciones).

Desde esta perspectiva, conforme a consolidados estudios de gestión de “recursos humanos”, las organizaciones que contemplan reglas informales cumplen una cierta función, serían necesarios, útiles, para el funcionamiento de las organizaciones formales como un medio más flexible de cohesión y de protección de ciertos aspectos de las personas que lo conforman<sup>187</sup>. En un paradigma de gestión flexible y adaptativa debería darse entrada siempre, se dice, a trabajar con estructuras (grupos) y canales (camino) comunicativos de tipo formal e informal. Por supuesto, no es nuestra pretensión entrar aquí en un análisis de este tipo, que no nos compete. Pero sí es útil hacer esta referencia de encuadramiento de la tipología de prácticas informales de gestión asistencial de las adicciones en las empresas, a fin de comprenderlas más ampliamente.

No obstante, son evidentes tanto las limitaciones de estas vías informales (no se deben confundir en modo alguno con anómalas o irregulares), cuanto su capacidad para devenir elementos de la estructura formal, es decir, adaptando la estructura formal para

<sup>187</sup> ¿Por qué surge la organización informal? <https://www.losrecursoshumanos.com/por-que-surge-la-organizacion-informal/>

incorporar las mejoras que resultan del trabajo de la estructura informal. En nuestro caso es manifiesto este enfoque ambivalente, pero también dinámico. De un lado, **que varias, la mayoría, de las empresas estudiadas en esta tipología sigan resistiéndose a visibilizar algo que es positivo**, objetivamente hablando, **revela el “temor”** que se sigue teniendo al problema de las adicciones en el trabajo. Por lo tanto, el presupuesto es una “deficiente comprensión” de su acción, pues prefieren mantenerlo en silencio, para evitar el “daño reputacional” que pueda suponer en el mercado desvelar que tienen, tuvieron o contemplan tener problemas de drogas en su seno, a “airearlo”, como forma de “responsabilidad social empresarial”, también de PYMES.

De otro, tratándose de una acción claramente positiva empresarial, que tiende a resolver problemas sociales de personas empleadas y mejora notablemente la visión estricta legislativa, queda también claro que hay un importante camino por recorrer a fin de transitar desde la invisibilidad actual a su formalización. Para ello, lógicamente, hay que realizar una intensa labor comunicativo-formativa, haciendo ver a las empresas que lo que consideran una “amenaza competitiva” puede ser una “oportunidad de ventaja”. En efecto, a pesar de sus limitaciones e insuficiencias, **estamos ante un compromiso que tiende a configurar la empresa como un factor de protección**, que implica a la empresa en la búsqueda de soluciones razonables a un problema que, al contrario de la ley, se ve en la empresa como exigencia de atender una patología, no como una cuestión urgida solo de decisión sancionadora ante un incumplimiento. El compromiso informal sustituye la cláusula de suspensión del régimen sancionador en el convenio aplicable, a condición de someterse a un tratamiento de desintoxicación.

En suma, así valorado, entendemos que, de futuro, procede concienciar a este tipo de empresas de las virtudes, no sólo humanas y sociales, sino económico-productivas de su actuar. A través de talleres prácticos podría orientarse una acción de convencimiento o persuasión de la utilidad de darle visibilidad a su acción, como reflejo de una empresa saludable: la empresa que visibiliza que gestiona este tipo de situaciones no es menos segura; al contrario, es más saludable, y más confiable. Si, además, se introduce una renovada perspectiva proactiva, anticipatoria, la protocolización podría ser una “mejor inversión” incluso. Formalizar el compromiso no es sólo más equitativo, sino rentable.

### 11.3. Aproximación metodológica: el desvelamiento de las prácticas informales de gestión de las adicciones a través de técnicas de investigación cualitativa.

¿Si estas prácticas no son visibles, cómo las hemos identificado? Para ello ha sido muy útil el “trabajo de campo” y la utilización de diversas técnicas de investigación social de naturaleza cualitativa, como han sido las entrevistas con personas clave de esas empresas, así como con personas trabajadoras víctimas de las adicciones, además de con responsables de entidades especializadas sin ánimo de lucro en estos tratamientos, etc. Por tanto, se hace énfasis en el estudio de los procesos y de los significados basados en las experiencias humanas, logrando aportar una visión de naturaleza socialmente construida de la realidad de manera integral. Conviene advertir que, por lo general, estas empresas tienen predisposición para contar sus experiencias, pero siempre exigen una condición -que debemos aceptar, claro, y respetamos, naturalmente: que resulten, en todo momento, mantenidas en el “anónimo”, sin que salga al exterior, ni siquiera si, como en nuestro caso, el estudio tiene una dimensión eminentemente académica y de utilidad práctica, sin más pretensión que pudiera suponerles “perjuicio” alguno.

En consecuencia, su disponibilidad en “off” (interna), se torna exigencia de total confidencialidad en “on” (externa). En cuanto a la asignación de la muestra para las entrevistas se realiza mediante una selección intencional, teniendo como base los siguientes criterios:

- Cada participante debe ser una persona trabajadora laboralmente activa en esta empresa.
- Los entrevistados deben haber pasado o estar pasando por un tratamiento de desintoxicación por adicciones en su lugar de trabajo.
- Han sido parte activa para el desarrollo de la gestión de asistencia de dichas adicciones.

Aunque han sido varias las empresas identificadas y contrastadas en esta dirección. Aquí nos limitaremos a reflejar un estudio de caso, para ser más específicos, dentro de lo posible -dadas las limitaciones de difusión del nombre de la empresa y de los datos que pudieran identificarla fácilmente-. Por eso, la denominaremos “anónima” y se verán los elementos clave de este tipo de experiencias informales de gestión de adicciones.

### 11.4. Estudios de casos: la gestión “informal” de adicciones en el lugar trabajo, fuera de convenio colectivo y protocolo

#### A. Datos objetivos de la primera empresa “anónima”.

Se trata de una filial española de una empresa multinacional, con arraigo en una zona del territorio andaluz. Es una empresa auxiliar, fabrica componentes para otras. Su tamaño es de unas 150 personas trabajadoras. Sus relaciones de trabajo se regulan por un convenio colectivo de empresa. La empresa ha actuado en más de una ocasión su “compromiso informal de gestión” de las adicciones cuando se le reclama o solicita, por la persona trabajadora afectada, o por la representación laboral, siempre que medie el compromiso individual de la persona afectada (el deber de autoprotección que hemos llamado aquí).

#### Metodología de la investigación.

En virtud de la metodología apenas explicada, los datos primarios recabados en este estudio de caso corresponden a tres entrevistas. Se han realizado en diferentes períodos (enfoque diacrónico), a personas trabajadoras de la misma organización empresarial acerca de la práctica asistencial-informal de las adicciones en su lugar de trabajo. Dos de ellas manifiestan haber pasado o estar pasando por un tratamiento de desintoxicación por adicciones en su lugar de trabajo y una persona trabajadora ha sido la encargada de gestionar de manera informal dichas adicciones, cuyo puesto de trabajo se encuentra directamente relacionado con la vigilancia de la salud de dicha empresa. En consecuencia, el análisis interpretativo aporta a la investigación una experiencia-informal concreta de empresa, a través de entrevistas en profundidad con cada uno de los participantes y centrado en su propia perspectiva.

Cada entrevista -telefónica- incluyó preguntas abiertas, con una doble finalidad. Por un lado, obtener una información general, por otro, indagar y profundizar sobre la información que ya se tenía. De manera que el propósito de estas entrevistas era comprender cómo perciben las personas trabajadoras el problema y captar las acciones de la empresa en toda su complejidad. Si es cierto que en ninguna de ellas se discutieron las opiniones o puntos de vista de las personas entrevistadas

#### Resultados.

A partir del estudio de caso, y de las entrevistas realizadas en esta investigación, se recopilaron la experiencia de gestión

asistencial e informal en materia de adicciones en esta empresa andaluza. El itinerario es el siguiente. A saber:

- Cuando la empresa es conocedora (bien por comunicación previa de la persona con afectación, bien porque se haya producido una conducta negativa en el ámbito laboral, pero ligada a ese padecimiento) de la dependencia (droga, ludopatía) de una persona trabajadora se produce la suspensión de su relación de trabajo. Si no ha mediado aun conducta laboral sancionable, suspensión de la relación de trabajo, sin abrir ningún tipo de procedimiento disciplinario. Si media “infracción”, se toma la decisión de paralizar el régimen sancionador establecido en el convenio colectivo aplicable a condición de someterse a un tratamiento de desintoxicación.
- Conocido el problema, y suspendido el -eventual- régimen sancionador, se asesora y se acompaña a la persona afectada para dirigirla a un Centro Especializado, facilitando también los permisos, aunque la mayoría se gestiona a través de una baja laboral por enfermedad común. Eso sí, se le aplicará, en todo caso, una mejora de las prestaciones de Seguridad Social para que la persona trabajadora no se vea afectada económicamente mientras dure dicha baja laboral.
- Una vez superado el proceso, se le garantizará el retorno a su empleo, siempre en las mismas condiciones que antes de todo el proceso, sin que se contemple de forma expresa adaptación derivada de su situación
- Toda esta acción asistencial y de reincorporación a su puesto de trabajo (garantía de conexión laboral continuada y seguridad económica), queda supeditada al tratamiento de desintoxicación y rehabilitación de la persona trabajadora, certificado por el Centro Especializado.

#### B. Datos objetivos de la segunda empresa “anónima” (Anónima II).

Al igual que determinábamos en el anterior caso de empresa “anónima”, en este apartado se establecerá la misma estructura de estudio, comenzando con la descripción de la empresa, pasando a concretar la metodología de la investigación y, por último, los resultados.

En este sentido, la segunda empresa “anónima”, también, es una empresa multinacional, con diferentes centros de trabajo a lo largo de la geografía andaluza. En concreto, en el centro de trabajo analizado tiene entre 200-250 personas trabajadoras y

sus relaciones de trabajo se regulan por un convenio colectivo de empresa de ámbito estatal. Se dedica al sector de la industria manufacturera. En concreto, en los últimos cinco años la empresa ha actuado en tres ocasiones sobre consumos problemáticos de personal laboral, si bien, a través de un “compromiso informal de gestión” de las adicciones y siempre que mediando el compromiso individual de la persona afectada.

#### Metodología de la investigación.

La información recabada en este estudio de caso concreto corresponde a varias entrevistas -telefónicas-, desarrolladas en diferentes períodos (enfoque diacrónico), a una persona trabajadora de la misma organización empresarial que ha sido la encargada de gestionar de manera informal dichas adicciones, cuyo puesto de trabajo se encuentra directamente relacionado con la vigilancia de la salud de dicha empresa. En consecuencia, el análisis interpretativo aporta a la investigación una experiencia-informal concreta de empresa, a través de entrevistas en profundidad con la persona participante y centrada en su propia perspectiva.

Al igual que la metodología del estudio de caso anterior, la manera de proceder ha sido la misma. Por tanto, se incluyó preguntas abiertas, dejando la libertad a la persona entrevistada en la descripción de su experiencia, con la misma doble finalidad. Esto es, de conseguir una información general, así como de inquirir y profundizar sobre la información que ya se tenía y sobre las vivencias en primera persona, para comprender un fenómeno tan complejo. En consecuencia, se pretendía conocer el discurso de la principal persona trabajadora implicada sobre la gestión asistencial-informal de las adicciones de una persona compañera de trabajo, sin cuestionar en ningún momento sus reflexiones, orientado hacia el propio pensamiento sobre la gestión de dichas conductas y comportamientos problemáticos en el entorno de trabajo.

#### Resultados.

En el actual estudio de caso, y tras el análisis de las entrevistas realizadas en esta investigación, se ha observado que la organización empresarial, conocedora de la problemática que puede ocasionar el entorno de trabajo, ha planificado la impartición en el futuro de campañas de sensibilización e información a las personas trabajadoras de las consecuencias negativas para la salud de las adicciones con sustancias. No obstante, ya se implementan acciones de sensibilización en cuenta al tabaquismo a través de la “consulta del tabaquismo”, con la finalidad de establecer un



ambiente saludable para proteger la salud y la seguridad de las personas trabajadoras, independientemente de que fumen o no, además, se contemplan medidas de ayuda y apoyo para dejar de fumar.

Por otro lado, a saber:

- En cuanto la empresa ha sido conocedora de algún consumo problemático de drogas, legales e ilegales, detectado mediante la vigilancia de la salud o bien por comunicación previa de la persona con afectación y/o terceras personas, no siempre se produce la suspensión de su relación de trabajo. Para ello, se estudia el caso concreto, priorizando la compatibilización de la rehabilitación de la persona trabajadora afectada por la adicción y su trabajo, siempre que no haya mediado aun conducta laboral sancionable. De manera que no se procede a abrir ningún tipo de procedimiento disciplinario a condición de someterse a un tratamiento de desintoxicación.
- Conocido el problema, y suspendido el -eventual- régimen sancionador, se asesora y apoya desde el Servicio médico para su rehabilitación mediante un registro del consumo de sustancias y el tratamiento farmacológico siempre que sea necesario, pero sin causar baja laboral. Asimismo, se le aporta la posibilidad de su acompañamiento a un Centro Especializado para que sea tratado. Sin embargo, en el caso que necesitara un internamiento a causa de su grado de adicción, se le dirige a un Centro Especializado, causando baja laboral por enfermedad común. Es cierto que la empresa procede a pagar parte del tratamiento de desintoxicación de la persona trabajadora.
- Una vez superado el proceso, al igual que sucedía con el estudio de caso de la primera empresa "anónima", **se le garantizará el retorno a su empleo**, siempre en las mismas condiciones que antes de todo el proceso. Asimismo, se procede a la adaptación de su jornada laboral para favorecer dicha rehabilitación derivada de su situación.
- Toda esta acción asistencial y de reincorporación a su puesto de trabajo como garantía de conexión laboral continuada, siempre queda supeditada al tratamiento de desintoxicación y rehabilitación de la persona trabajadora, certificado por el Centro Especializado, de no ser así, se procedería a la aplicación del régimen sancionador establecido en el convenio colectivo.



### Discusión y conclusión de los estudios de casos.

En suma, comprobamos cómo, en un buen número de casos, la invisibilidad de las adicciones en el entorno de trabajo no significa ausencia de acciones asistenciales. El silencio no siempre se identifica con la inacción, ofreciendo una imagen más reductiva.

Desde un punto de vista más general, aunque es una práctica empresarial que nos merece valoración positiva, si la opción es quedarse en el marco legal disciplinario, hay que evidenciar sus insuficiencias. La principal es que pierde utilidad preventiva, pues ni se afrontan las causas ni se conocen adecuadamente las terapias. No hay nada de prevención primaria, pues no se desarrollan las convenientes acciones de concienciación y de sensibilización de promoción, cuando sí se sabe que tales situaciones existen, porque se gestionan desde antaño, pero sin darlas a conocer. El compromiso es asistencial puro.

Por ello, entendemos que lo óptimo sería implementar un instrumento de gestión preventivo-asistencial formal, en el que se persuadieran sobre dichas adicciones, reduciendo las incertezas sobre esta materia y se "aprovechara" tal uso para consolidar y difundir una imagen de empresa socialmente responsable, presentándose así al mercado. El pretendido daño a la reputación de mercado puede convertirse en un factor de ventaja, siendo bastante más útil para ambas partes. El empleador aprovecha para su interés empresarial una práctica que asume, e incluso contribuye a pagar. La persona trabajadora (mejora de su bienestar integral, sintiéndose con una suerte de "salario emocional", pues confía en su tratamiento no solo como recurso productivo "correcto", rentable, sino también como persona).

## 12. Iniciando el camino de visibilidad: compromisos futuros para un protocolo proactivo. Estudio de casos.

Justamente, en este apartado presentamos una opción empresarial diversa a la que se acaba de analizar y más en la línea tanto de lo que preconiza la OIT -la formalización de los compromisos de gestión promocional de la salud, también en materia de adicciones en el trabajo- cuanto la Comisión Europea -a través de su impulso a red informal ENWHP-. Determinadas empresas han decidido desprenderse del referido “temor a” (o, quizás, de la duda sobre) la cuestión de las adicciones en el trabajo, ante lo delicado, complejo y grave de la misma, también de la vieja consideración normalizada de consumos, sobre todo del alcohol (participando de la tolerancia social de las mismas), **para orientarse por un derrotero que dé más visibilidad a su deseo de transitar hacia una empresa saludable, con reconocimiento formalizado** (certificable). Tales empresas comprenden que no se trata de un problema individual, o no exclusivamente, sino de una cuestión sociocultural que concierne a la empresa, en sí, como actor económico, además de como actor significativo de un territorio, debiendo asumir compromisos sociales más allá de sus obligaciones legales.

**En esta línea de promoción de políticas de seguridad y salud en el trabajo** que tenga en cuenta el papel del trabajo como factor de riesgo y como factor de protección de las adicciones, a fin de elaborar y poner en práctica, consensuadamente, son varias las empresas que se han comprometido con el establecimiento de instrumentos formales de gestión proactiva, como líneas futuras de acción factible, realizable. En unos casos vinculándose más concretamente a un programa de gestión proactiva de las adicciones (LIMASAM, TUSSAM, SMURFIT), como un componente inherente al paradigma de empresa saludable. En otros, como reflejo de su deseo de certificarse como empresa saludable (ej. HEINEKEN). Se trata de empresas distintas, con unas situaciones y unas experiencias muy diferentes al respecto, **de ahí también los itinerarios distintos que están dispuestos a transitar en el futuro más próximo y en esa dirección de formalizar una acción institucionalizada de gestión para la mejora de la salud y el bienestar de sus personas empleadas** y, por lo tanto, para la mejora competitiva de la propia empresa como empresa saludable. Los compromisos a tal fin escrutados son de, al menos, cuatro organizaciones empresariales (distinta naturaleza jurídica: privadas y públicas) significativas en la Comunidad Autónoma de Andalucía:

- A) LIMASAM (Málaga)
- B) TUSSAM (Sevilla)
- C) HEINEKEN (Sevilla y Jaén)
- D) SMURFIT KAPPA (Mengíbar, Jaén)

### LIMASAM:

Una empresa pública con arraigada experiencia de gestión proactiva de adicciones hoy en proceso de reversión.

Hasta hace poco tiempo, LIMASA (III) era una empresa mercantil mixta (el 51% del capital estaba en manos de los privados y el 49%, del Consistorio) que opera en el sector de Servicios integrales de limpieza, ubicada en Málaga. La empresa asumió (de conformidad con la información aportada por la representación sindical), en su día, un compromiso expreso de gestión proactiva de adicciones para su personal. Conviene poner de relieve que este compromiso se mantuvo extramuros del convenio colectivo<sup>188</sup>, que no lo recoge. Más bien asume una dimensión formalmente disciplinaria (el art. 68 remite, para la graduación de faltas y sanciones al convenio general del sector de limpieza pública, viaria, riego, recogida, tratamiento y eliminación de residuos y limpieza y conservación de alcantarillado, capítulo XII, artículos 54 al 60). Así, además, para el artículo 67 de su Convenio (2019-2022), relativo al régimen de compensación empresarial de eventuales multas de tráfico en el ejercicio de la actividad, expresamente excluye del abono empresarial de tales multas el “estado de embriaguez”.

Hoy, tras muchas vicisitudes<sup>189</sup>, de todo tipo, la empresa inició un largo y complejo proceso de reversión de servicios públicos al Ayuntamiento, con la consiguiente acción integradora de su personal en el sector público. Precisamente, el 1 de julio comenzó a operar la nueva empresa pública de limpieza, ahora como LIMASAM (Limpieza de Málaga Sociedad Anónima Municipal).

El proceso ha supuesto la subrogación de todo el personal, 1.600 personas trabajadoras, y el traspaso de la maquinaria, los equipos y las instalaciones. Su presupuesto es de unos 90 millones de Euros al año, en torno a un 8 por cien menos que cuando era un modelo mixto, con mayoría de capital privado. El proceso implica también un cambio de imagen corporativa. **La sociedad gestionará la limpieza, recogida y tratamiento de residuos en la ciudad.**

Pues bien, culminado el proceso de municipalización de la empresa, e integrada la plantilla en esta entidad público-empresarial, de capital público total, la empresa ha asumido el compromiso

<sup>188</sup> Vid. Convenio Colectivo de Servicios de Limpieza Integral de Málaga III, Sociedad Anónima 2019/2002, BOP Málaga 12 de diciembre de 2019.

<sup>189</sup> Un análisis de síntesis en “Limasam, la nueva empresa pública de limpieza, empieza hoy a operar” <https://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2020/07/01/limasam-nueva-empresa-publica-limpieza/1175443.html>

de actualizar su programa de gestión de las adicciones. Y, según indicación a través de entrevistas telefónicas de la representación sindical (y delegado de prevención), también se apostará por una visión más moderna y actualizada, a fin de que se incluyan las adicciones conductuales (sobre todo el juego -ludopatías-), no solo las químicas. De este modo, la nueva empresa municipal malagueña seguirá una línea de gestión proactiva de las adicciones en el trabajo análoga a la que es frecuente, como hemos visto en el catálogo de mejores prácticas, convencionales, también de empresa, en este sector de servicios públicos (limpieza viaria, recogida de residuos, etc.). Al igual que hemos visto, dicho sea de paso, en el ámbito de los transportes públicos de personas.

#### TUSSAM:

Experiencia de gestión informal y voluntades, aun no consensuadas, de intervención preventiva procolizada.

Un caso muy interesante es el de la empresa municipal de transportes de Sevilla TUSSAM. Tras la investigación de campo realizada (en virtud de las informaciones ofrecidas, tras diversas conversaciones telefónicas, por su servicio de prevención de riesgos laborales), hemos confirmado que TUSSAM (empresa de transportes urbanos de Sevilla) no dispone de un modelo de gestión formalizado para el abordaje de los casos de adicciones. Su convenio colectivo no afronta esta cuestión de forma específica, salvo en lo que atañe al régimen sancionador, conforme al paradigma mayoritario. Pero no por ello **la empresa deja de acreditar una cierta y comprometida experiencia de gestión individualizada**, aun informal, de las situaciones que se han presentado estos años (todos registrados siempre fuera de la jornada de trabajo), con ánimo asistencial de cada caso de manera individualizada.

El compromiso de la empresa de gestionar situaciones adictivas individualizadas se ha debido reconducir por la vía del art. 80 CC. En este precepto convencional -con una gran frecuencia, como se comentó, en los convenios del sector de transportes- se prevé garantías de reubicación de personas empleadas que se hayan visto privadas del carné de conducir (recuérdese que TUSSAM es una empresa de personal conductor, con más de 1200). A diferencia de otros convenios del sector, no excluye de la protección a quienes hayan visto retirado el carné por sanciones derivadas de conducción con tasas de sustancias superior a la permitida. Aunque -nos insisten- estas situaciones no se dan en

tiempo de trabajo, sino en tiempo extralaboral, afectan a la esfera laboral, porque no disponen del carné para conducir en tiempo de trabajo. La dirección de la empresa ha acordado, sin embargo, utilizar el precepto de reubicación para estas situaciones, con objeto de que tales trabajadores no desconecten del empleo en ese tiempo.

Esta práctica de gestión no disciplinaria -al no producirse en tiempo de trabajo-, sino de garantía ocupacional, habría experimentado, en fechas más recientes, alguna novedad. La reubicación de puesto de trabajo queda condicionada a la realización de ciertos controles aleatorios (de eventuales consumos de alcohol y drogas), realizados por el Servicio de Prevención de la empresa, siempre previo acuerdo con el trabajador. Precisamente, la dirección de empresa, con el objetivo de formalizar este modelo de prevención e intervención y dar más estabilidad, y visibilidad, a su acción, **se mostraría favorable a llegar a un acuerdo con la representación de las personas trabajadoras sobre un procedimiento para el "control del consumo de alcohol y drogas en el medio laboral"** desde el referido enfoque preventivo -en línea con lo que prevé el convenio colectivo de Acerinox Europa y Acosol, por ejemplo-. Hasta ahora no ha sido posible, por lo que el acuerdo queda pendiente y se han realizado diferentes propuestas, la última de las cuales nos fue facilitada por el servicio de prevención, lo que resulta de agradecer, como aquí hacemos, por las facilidades mostradas en esta investigación.

A nuestro juicio, esta empresa ofrece una magnífica oportunidad para poner de relieve las dificultades de alcanzar acuerdos entre la empresa y la representación de las personas trabajadoras, cuando se constata una clara voluntad de ambas partes de avanzar en una gestión más eficaz de esta cuestión, de interés común. Ahora mismo, esa propuesta se centra en los controles. Entendemos que, con una mejora de la misma según el contenido más integral consolidado por la OIT y asumido por otras empresas, se podría alcanzar ese deseado acuerdo entre ambas partes.

#### HEINEKEN:

Empresa comprometida con el reconocimiento de empresa saludable.

Con una cierta tradición de acciones de prevención primaria en la materia, HEINEKEN, tanto en sus centros de Sevilla como de Jaén, sin contar tampoco con una protocolización o formaliza-

ción para una gestión integral o proactiva, ha decidido dar un salto cualitativo en el marco de las políticas de promoción de la salud en el trabajo. La dirección de la empresa ha solicitado la certificación como empresa saludable, según el modelo ENWHP, aquí varias veces referido (en línea con la decisión de empresas ya comentadas en sus experiencias a tal fin, como Navantia, Acerinox Europa, etc.). En este marco, una vez se reconozca, procederá a reforzar sus políticas de seguridad y salud en el trabajo con este enfoque de promoción de la salud en el trabajo. A tal fin, se abrirá una vía de colaboración académico-empresarial, que saludamos positivamente.

#### SMURFIT KAPPA ESPAÑA:

De un sistema de gestión de riesgos psicosociales a una gestión proactiva de adicciones.

Una línea análoga se ha abierto con Smurfit Kappa España, fábrica de Mengíbar (Jaén). La empresa pertenece al grupo multinacional SMURFIT KAPPA GROUP líder mundial en embalaje de papel y cartón. La Papelera de Mengíbar, como se conoce popularmente, tiene un fuerte arraigo en la localidad, pues hace más de 50 años que se asentó en Mengíbar. Cuenta con una plantilla de más de 120 (123) personas empleadas de forma directa, estando considerada como la más rentable del grupo. Factura en torno a 85 M €. La dimensión ambiental se evidencia en la preponderancia del reciclado, modelo de innovación y la apuesta de futuro. Cuenta además con una planta de cogeneración de energía eléctrica que se los venden a la red. Todo ello evidencia su orientación como una empresa que busca una suerte de gestión de calidad total, integrando los sistemas de calidad de producto y procesos, con la calidad ambiental.

Entendemos especialmente interesante estas breves referencias al modelo propio de negocio y de organización, económica y ambiental, para entender el compromiso de esta empresa con un paradigma de empresa saludable en toda su extensión. No es casual que haya recibido diferentes premios y reconocimientos en orden a su compromiso con la seguridad y salud de las personas trabajadoras.

Es prioritario para la Planta asegurar un entorno de trabajo libre de daños, llegando a contabilizar hasta más de 2500 días sin accidentes con baja y más de un año sin accidentes con baja en sus contratadas. Cuenta también el personal de contratadas, a fin de que la

seguridad y salud se identifique con toda la cadena de valor<sup>190</sup>. Es por esta razón, la de asegurar la seguridad y la salud de su personal laboral, por la que, desde Smurfit Kappa Mengíbar, se puso en marcha, a través de un Contrato de Transferencia de Resultados con la Universidad de Jaén, así como con la participación del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Jaén, un sistema de gestión de riesgos psicosociales en la empresa. De este modo, la empresa completó su modelo de gestión de seguridad y salud en el trabajo, integrando los riesgos psíquicos en los químicos y de seguridad.

Pues bien, como nueva fase hacia esta asunción, por la empresa, de un auténtico paradigma integral de empresa segura y saludable, han asumido introducir un protocolo de gestión proactiva de las adicciones del personal empleado. En principio, carecen de toda experiencia previa al respecto, sin que se hayan dado casos, al menos conocidos por la empresa, de adicciones. Sin embargo, la dirección de la empresa y el comité de empresa entienden apropiado pasar de la gestión psicosocial con relación al trabajo a una gestión basada en una idea de bienestar más amplio de todo su personal, incluso respecto de problemas que se entienden más sociales, pero con un gran impacto laboral. Para ello, se propiciará, conforme al programa integral aquí asumido, un triple nivel de intervención:

En primer lugar, a través de una concienciación y sensibilización de las personas trabajadoras sobre la problemática de dichas adicciones, así como la identificación de factores de riesgo, potenciación de los factores de protección asociado al entorno laboral (prevención primaria). En segundo lugar, aplicar medidas de evitación escalada del proceso de consumo para reducir daños a la salud, así como el acompañamiento-apoyo tutelado, médico y ocupacional (prevención secundaria o protección). Por último, pero no menos relevante, implementar programas de tratamiento (acompañamiento) en orden a la deshabitación, buscando la continuidad ocupacional posible y promoviendo el retorno al estado de salud normalizado y al empleo (prevención terciaria o asistencial).

<sup>190</sup> Una síntesis de sus logros preventivos, parcialmente, en Objetivo 0 accidentes: 5 años sin accidentes con baja. <http://www.prevencionrsc.uma.es/editorial.php?id=78>

## 13. Reflexión final: observaciones conclusivas y algunas recomendaciones de mejora.

Llegado el final del Estudio conducido a lo largo de las páginas precedentes nos parece oportuno realizar alguna reflexión final. No se trata tanto de resumir el detallado análisis realizado a lo largo y ancho del Estudio. Allí se ha ido formulando, en cada uno de los apartados, expresiones de síntesis de los principales hallazgos de esta investigación, analítica y de campo. En este momento final se trata, más bien, de formular unas pocas observaciones conclusivas y alguna recomendación para avances futuros en materia de gestión proactiva de las adicciones en las empresas en general, y andaluzas en particular, como componente inexorable de una política de promoción de la salud en el trabajo integrada en los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

**1. Existe un consenso científico e institucional**, también a nivel, internacional **sobre los beneficios para el bienestar y para la mejora de la productividad de las políticas empresariales de promoción de la vida saludable en el seno de sus organizaciones**. De ahí que se hayan desarrollado diversos sistemas de certificación de empresas saludables, entre ellos el de la red europea ENWHP, cada vez más extendido.

**2.** La evidencia científica y el consenso institucional se extienden también sobre las mayores ventajas que, frente a las acciones aisladas o puntuales, deriva de una política de promoción de la salud integrada en el sistema de seguridad y salud en el trabajo. Así lo ha venido promoviendo la OIT y, hoy, **contamos con datos estadísticos que prueban esa relación positiva entre la promoción de la salud y la política de prevención de riesgos laborales** (ej. Encuesta Esener-2).

**3.** Sin embargo, a diferencia de lo que venía sucediendo en otros países, en España, **las empresas mostraban ciertas resistencias a avanzar por la senda de las políticas estratégicas de promoción de la salud en el trabajo**. También por el carácter público de nuestro sistema sanitario.

**4.** Esas resistencias parecen estar venciendo en los últimos años, habiendo crecido exponencialmente el número de empresa que promueven algún tipo de política de promoción de la salud en el trabajo, se certifiquen o no. **En este proceso evolutivo y expansivo está teniendo una influencia muy notable el impulso, por parte de las diferentes Estrategias**, relativas a las Adicciones, y relativas a la Seguridad y Salud en el Tra-

bajo, en especial la andaluza, **a una nueva cultura preventiva que interacciones la salud dentro del entorno laboral con la salud fuera de él, dada su interacción**. La EASST es un claro ejemplo de ello, como se ha evidenciado en el Estudio.

**5. En ese proceso expansivo de un modelo de gestión de la seguridad y salud en el trabajo desde una nueva cultura preventiva**, que desplazaría su eje de acción desde la seguridad (evitar daños: accidentes y enfermedades) a la mejora de la salud (mejora de las condiciones de vida y de trabajo), **uno de los ámbitos más frecuentados por las empresas es la gestión proactiva de las adicciones en el trabajo**. De ahí el favor por **el método de las buenas prácticas**, ante la falta de una obligación general.

**6.** Hasta el momento, siguiendo las pautas de la OIT, desde su Repertorio de recomendaciones prácticas (1996), hasta su modelo revisado SOLVE (2012), **la empresa se ha venido considerando un lugar privilegiado para la adopción de programas de intervención no disciplinaria en materia de adicciones**. Por eso, un pequeño grupo de grandes empresas (RENFE, EMT Madrid, TELEFÓNICA, OPEL España, etc.) comenzaron a promoverlos. La investigación aquí conducida ha evidenciado que han seguido y se han perfeccionado (han alcanzado “una fase de madurez”). Otras posteriores se ha sumado, con matices y selectivamente, pues a menudo no alcanzan a toda la empresa, sino a determinados centros de trabajo de la misma (se ha hecho, en el lugar oportuno, una reseña de las principales), con la consiguiente diversidad de opciones en su seno.

**7.** Nuestro estudio, sin embargo, ha evidenciado, **en virtud de la utilidad que ofrece la ECML, que también el sector de actividad es un indicador muy relevante para comprender las interacciones entre el entorno laboral y los patrones de consumo problemáticos** por la población laboral. Consecuentemente, **en el Estudio se ha evidenciado que también la unidad de negociación sectorial puede ser un lugar especialmente útil, práctico, para progresar en programas de prevención** de las adicciones en la población trabajadora. En estos casos se trataría de intervenir no ya de forma reactiva, sino de prevención primaria, de modo que se corrijan los factores de riesgo derivados del entorno laboral y se fomente los factores de protección del mismo frente a consumos problemáticos-adictivos.

**8.** Desde estas dos renovadas perspectivas de afrontamiento de las adicciones en la empresa, **hemos hecho un extremadamente detallado recorrido por la autorregulación colectiva en esta materia.** El resultado ha sido una doble constatación, a su vez. La negociación colectiva de los últimos 5 años ha visto como **el predominio histórico del enfoque disciplinario empieza a erosionarse, aunque resista.** No solo son **(a) cada vez más los convenios colectivos que incorporan cláusulas no disciplinarias,** aunque aún sigan siendo mayoría los que las perpetúan (en cierto modo también en la forma renovada de las que fijan pruebas de despistaje obligatorias, incluso de forma aleatoria, las más polémicas), **sino que (b) los contenidos de esas cláusulas se enriquecen y modernizan, integrando facetas o perspectivas diferentes.**

**9.** En esa apertura innovadora de la autorregulación, tanto de sector como de empresa, a la gestión proactiva tienen cabida las nuevas adicciones. En este sentido, **pese a que el tratamiento mayoritario insiste en la dualidad alcohol y drogas, cada vez más convenios dan entrada otro binomio para su gestión integral: ludopatía y tecno-adicción.**

**10.** Aunque esta evolución justifica una valoración de moderado optimismo, es obligado igualmente constatar, porque así resulta de la investigación de campo realizada, un cierto contraste en la experiencia empresarial práctica, real: **mientras que los convenios colectivos asumen cada vez más la relevancia de esta gestión proactiva** de las adicciones, en muchas empresas, incluso con protocolos arraigados al respeto, se ha detectado un cierto estancamiento en su aplicación en bastantes. **En todo caso, además, las previsiones de evaluación continua de los mismos apenas se realizan, salvo en las más grandes y pioneras empresas, apenas un puñado, como se ha dicho.**

**11.** No obstante, ya centrados en la experiencia empresarial andaluza, **son más de una treintena las empresas identificadas con algún tipo de gestión en la materia formalizada, habiéndose contactado con la mayoría.** Ante su diversidad y carácter desigual, **se han seleccionado como mejores prácticas, para un análisis más detenido, en torno a una docena de empresas y entidades andaluzas,** o con especial implantación en Andalucía, para exponer los diversos modelos de gestión proactiva. Se ha analizado su convenio y/o su protocolo

de gestión de forma detenida, también en su implementación práctica hasta el momento –escasa, por lo que se evidencia que contar con un protocolo no genera desvalor alguno, más bien lo contrario-. Remitimos al análisis detallado y a la síntesis que se ha hecho de las más significativas, a fin de facilitar su comprensión.

**12.** La gestión no disciplinaria mediante protocolos (formalizada) tan solo sería la punta del iceberg de una gestión asistencial más extendida, también en PYMES. Uno de los principales hallazgos de la profusa –a veces difícil, también por la complicación de la pandemia- investigación de campo efectuada, también a través de la discusión con varios grupos de investigación implicados, es que **existe una “amplia bolsa de gestión asistencial informal”, que se nos facilita conocer muy amablemente, pero se nos solicita no salga nominalmente a la luz.**

**13.** Sorprendidos por esta paradoja –se muestra disponibilidad máxima para dar cuenta de su gestión no disciplinaria, como muestra de un modelo de gestión típicamente proteccionista, a veces muy arraigada, pero se veda que salga a la luz, por la cautela de no dar elementos que pudiera dañar su “valor reputacional” en el mercado-, **hemos tenido que acudir a un tipo de formulación mediante “tipología de anónimas”, para expresar en un estudio científico esa realidad.** De este modo, respetamos a ultranza la cláusula de confidencialidad adquirida con cada empresa en las que se ha realizado la investigación científica de campo, y al tiempo ofrecemos características de sus procesos, para enriquecer el análisis de experiencias.

**14.** Otro grupo de empresas estudiadas de proximidad, en cambio, **expresan una opción contraria, de modo que han verbalizado su gran interés y su serio compromiso para avanzar en una gestión formalizada y participada** de las adicciones en la empresa como parte de su apuesta estratégica por una empresa saludable. Aunque la apertura del proceso tiene razones muy diferentes en cada caso, y se enmarca en políticas de seguridad y salud en el trabajo parcialmente diferentes (actualización de experiencias pasadas, culminación de procesos de gestión de riesgos de índole psicosocial, adhesión a la Declaración de Luxemburgo, etc.) todas son conscientes de las ventajas de una implementación a futuro de un plan y sus protocolos, para dar más visibilidad y eficacia a su gestión.

**15.** En consecuencia, **tras la investigación aplicada es tiempo de iniciativas prácticas** (talleres, encuentros con empresas y representaciones sindicales, servicios médicos), **en los que se ofrezca la información más concreta** (la Guía que acompaña este Estudio pretende facilitararlo) sobre las ventajas –para las personas trabajadoras, para las empresas y para la sociedad en su conjunto- de este tipo de gestión proactiva frente a las adicciones. **Lejos de ser un riesgo para la reputación de la empresa es un nuevo espacio para mejorar su impacto en el entorno social.**



# Bibliografía

- AA.VV. *Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*, Observatorio Español de la droga y las Toxicomanías, Madrid, 2015.
- AA.VV. *ESENER-2, España*, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Luxemburgo, 2015.
- AA.VV. Fundación de Prevención de Hostelería de las Islas Baleares (FPHIB). *Guía para la gestión de las drogodependencias en el entorno laboral del sector de la hostelería*, 2015.
- AA.VV. *Guía del Abordaje de la drogodependencia en el ámbito laboral*, FOMENT DE TREBALL NACIONAL, Barcelona, 2014.
- AA.VV. *Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en las empresas*, OSALAN, 2014.
- AA.VV.: La incidencia de las drogas en el mundo laboral, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid, 1996.
- AA.VV.: La percepción social de los problemas de drogas en España, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid, 2014.
- AA.VV.: *La percepción social de los problemas de drogas en España*, FAD, Madrid. 2014.
- AA.VV.: *La población andaluza ante las drogas. XII. Consejería de Salud y Bienestar Social*, Sevilla. 2012.
- AA.VV.: *Los andaluces ante las drogas X*. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación social, Sevilla, 2007.
- AA.VV.: *Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, Comisión Ejecutiva Confederada de UGT, 2014.
- Agencia europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (AESST –OSHA-EU). *Trabajos saludables en todas las edades. Campaña 2016-2017*.
- ARETA MARTINEZ, M.: “La protección y promoción de la salud laboral”. En AAVV. *Reforma de la Salud Pública y asistencia sanitaria*, Aranzadi, 2012.
- ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE. *Prevención del consumo de sustancias adictivas en el ámbito laboral. Alcohol y otras drogas. Protocolo de elaboración de Planes de Prevención en las empresas*, 2011.
- ASTON, H.: *Las benzodiacepinas: cuál es su mecanismo de acción y cómo suspender su ingestión*, 2002.
- BASTIDA, N. “Problemas laborales asociados al consumo de alcohol”. En *Adicciones*, Vol. 14, 2002, págs. 239-249.
- BENAVIDES, F.G.; RUIZ-FORÈS, N.; DELCLÓS, J. y DOMINGO SALVANY, A.: “Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España”, *Revista Gaceta Sanitaria*, 2013, 27 (3), pp. 248-253.
- CARLSON, R.G.; NAHHAS, R.W.; MARTINS, S.S. y DANIULAITYTE, R.: “Predictors of transition to heroin use among initially non-opioid dependent illicit pharmaceutical opioid users: A natural history study”, En *Drug Alcohol Depend*, 1, num. 160, 2016, pages, 127-134.
- CONFEBASK. *Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido del alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral*. Confederación Empresarial Vasca, 2005.
- CONTRERAS CASADO, D.: “Inteligencia emocional y consumo de drogas en el ámbito laboral”, en *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, Vol. II, n. 12, 2011, págs. 27-29.
- CCOO. *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*. Secretaría Confederada de Salud Laboral de Comisiones Obreras. Departamento de drogodependencias, 2009.
- CCOO. *Formación sindical en drogodependencias*. Cuaderno del delegado, Actualización 2016, Secretaría Confederada de Salud Laboral de Comisiones Obreras, 2016.
- CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y EL BIENESTAR, (Junta de Andalucía). *Manual para la prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral*, Sevilla, 2006.
- DEMENT, J.M. et alii. *Impacts of Workplace Health Promotion and Wellness Programs on Health Care Utilization and Costs: Results From an Academic Workplace*. *J Occup Environ Med*. 2015 Nov; 57(11):1159-69.
- DIETMAR BRÄUNIG Dr. TK. *Calculating the international return on prevention for companies: Costs and benefits of investments in occupational safety and health*. ISSA, May 2013.
- ECHEBURÚA, E. *¿Adicciones sin drogas?* Desclée de Brouwer, Bilbao, 1999.
- ECHEBURÚA, E. -DE CORRAL, P. “Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto”. *Adicciones*, 22, 2010, 91-9.
- FERNÁNDEZ DOMINGUEZ, J.J.: *Informe Ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral*. CEOE, acción financiada por la FPRL, 2015.
- FERNANDO G. BENAVIDESA, et alii. *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España*, *Revista Gaceta Sanitaria*, 2013; 27(3): págs. 248–253.
- FINGARETTE, H.: *Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease*. *Berkely*. Universidad de California, 1989.
- FOMENT DEL TREBALL NACIONAL. *Guía de abordaje de la drogodependencia en el ámbito laboral*, Acción financiada por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, 2015.

- FORTUNY, R. "Evaluación de resultados y rentabilidad", en *Mapfre Medicina*, vol. 4, n.3, 1993, págs.34-38.
- FRANCOLINO, C Y MILLER, C.: Manual de formación de formadores en prevención laboral en drogodependencia, *PIT-CNT/OIT*, Montevideo, 2008.
- GEA BRUGADA, María. "Beneficios de la promoción de la salud en las organizaciones productivas", *Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (RMTMSS)*, n. 138, 2018, pp. 115 y ss.
- GUTIERREZ-SOLAR CALVO, Beatriz. "De la prevención de riesgos a la promoción de la salud en el trabajo: avances en la negociación colectiva", *Revista del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (RMTMSS)* n. 138, 2018, pp. 139 y ss.
- INSHT. NTP 639: La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad, 2003
- INVASSAT-UMIVALE. Guía práctica para implantar un programa de promoción de la salud en las organizaciones. Organizaciones Saludables, Valencia, 2018
- IRCO-IESE (Centro Internacional de Investigación de Organizaciones, IESE Business School). Productividad y Empresa saludable, Observatorio GOFit, 2014.
- JÁUREGUI APELLANIZ, J.J.: "Vigilancia de la salud. Precisiones y acotaciones en torno a su voluntariedad y otras consideraciones de interés", en *RGDTSS*. N. 38. 2014.
- MARTÍN DÍEZ, M.J. y ROBERTSON SANGRADOR, M.: "Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. Promover la implantación de planes de prevención de drogodependencias en las empresas". En AA.VV. VELÁZQUEZ, M (dir.): *La salud mental de las y los trabajadores*, La Ley, Madrid, 2012, págs. 377-393.
- MARTÍNEZ MESAS, R.; GONZÁLEZ GUILLEM, J.A. y TOLEDO CASTILLO, F.: *Guía para las actuaciones de la ITSS en materia de seguridad vial de las empresas*, Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011.
- MEGÍAS, E.; COMAS, D.; ELZO, J.; NAVARRO, J. Y ROMANÍ, O.: *La percepción social de los problemas de drogas en España*, FAD, Madrid, 2001.
- MOLINA NAVARRETE, C. GARCÍA JIMÉNEZ, M. y ÁLVAREZ MONTERO, A.: *Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente: balance y vías de progreso a la luz de la ENSD*. UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.
- MOLINA NAVARRETE, C. y VALLECILLO GÁMEZ, M.R.: *Adicciones conductuales (o "sin sustancia") en el trabajo, y al trabajo:*

*magnitudes del problema social y políticas preventivas en la empresa*. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2018.

- MOLINA NAVARRETE, C., MIÑARRO YANINI, M.; GARCÍA JIMÉNEZ, M. y GIL DOMINGUEZ, R.: *La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas*, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2018.
- MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO YANINI, M. y GARCÍA JIMÉNEZ, M.: *Drogas y negociación colectiva en sectores de consumo prevalente. Balance y vías de progreso a la luz de la ENSD*, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2017.
- MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO YANINI, M. y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: *Prevención de las adicciones desde el ámbito judicial. Adicciones en el trabajo a juicio de los Tribunales*. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC. Financiación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2020.
- MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO YANINI, M. y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: *¿Qué hacen las empresas y la representación laboral para gestionar eficazmente las adicciones en el trabajo? Un catálogo actualizado de buenas y mejores prácticas*, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, UGT-CEC, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2020.
- MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO YANINI, M.; ESCARABAJAL ARRIETA, M.D.; GIMENO NAVARRO, M.A. Y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: *Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales relacionados con las adicciones: prevalencia de consumo y acciones preventivas en el entorno laboral*. Secretaría de Salud y Medio Ambiente UGT-CEC, Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid, 2016.
- MOLINA NAVARRETE, C.; MIÑARRO, YANINI, M.; ÁLVAREZ MONTERO, A.; GARCÍA CÍVICO, J. y GONZÁLEZ COBALEDA, E.: *Drogodependencias y adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas*, UGT-CEC. Financiación por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2015.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Ambientes de trabajo saludables. Un modelo para la acción: para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales, 2010.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). SOLVE: Integrando la promoción de salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo, Ginebra, 2012.

- OSALAN. Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN), 2014.
- OTERO DORREGO, C. "Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo". *Medicina, Seguridad y Trabajo*, Vol. 57, suplemento 1, 2011.
- QUINONES, C. & GRIFFITHS, M. D. "Addiction to Work: A Critical Review of the Workaholism Construct and Recommendations for Assessment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*", 53(10). 2015. Págs. 48-59.
- ROBERTSON SANGRADOR, Maite et alii. Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas?, Edita OSALAN- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales/ Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea, 2018
- SALANOVA, M. "La adicción al trabajo". Nota Técnica de Prevención 759. Instituto Nacional de Seguridad, Higiene y Trabajo, 2008.
- TUC. Drugs and Alcohol in the Workplace, 2010.
- VILLALBA VEGAL, M.M: "El papel de las empresas ante las adicciones: una estrategia desde la responsabilidad social corporativa", *Adicciones y el mundo laboral*, 2014.
- UGT. Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral. Comisión Ejecutiva Confederada de UGT, 2014.

# ANEXO I.

## Resumen-esquema de experiencias empresariales de gestión de las adicciones en el lugar del trabajo.

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA O ENTIDAD	ENFOQUE DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ENFOQUE DISCIPLINARIO		ENFOQUE ASISTENCIAL	ENFOQUE ASISTENCIAL
	LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
<b>ADIF</b>	Cláusula 13ª. Garantías digitales. Cláusula 14ª. Conciliación laboral. Cláusula 15ª. Teletrabajo. Cláusula 16. Horarios Laborales (en relación con la Cláusula 21ª. Seguridad Laboral y Prevención. Cláusula 22ª. Penosidad	Acciones para integrar la promoción de la salud en la gestión preventiva, en especial de la vigilancia de la salud labora.	-	No incorpora nada de forma específica, sino que remite a la Declaración de cultura de seguridad ferroviaria europea. (Cláusula 17ª).	Cláusula 9. Comisión de Política Social e Igualdad.	Convenio Colectivo de Entidades Públicas Empresariales Administrador de Infraestructuras Ferroviarias -Adif- y Administrador de Infraestructuras Ferroviarias de Alta Velocidad (ADIF-AV) (BOE, núm.169, de16 de julio de 2019).
<b>ACERINOX EUROPA</b>	Plan de Prevención de drogodependencias y adicciones comportamentales en Acerinox.	Desarrollo de programas y campañas de prevención muy concretas.	Falta grave dedicarse a juegos durante la jornada de trabajo y falta muy grave la embriaguez y el estado derivado del consumo de drogas durante el trabajo.	-	Protocolo de derivación a los centros asistenciales del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones para las personas trabajadoras que lo soliciten.	Convenio Colectivo de ACERINOX EUROPA (BOP de Cádiz, núm. 49, de 13 de marzo de 2020) Plan de Prevención de drogodependencias y adicciones comportamentales en Acerinox.
<b>ACOSOL</b>	CAPÍTULO VIII. Seguridad y Salud Laboral. Artículo 69. Seguridad y Salud Laboral.	Determinación de un protocolo firmado de prevención e intervención de drogodependencia, alcoholismo y ludopatía.	-	Art. 69. Seguridad y Salud Laboral. "... podrá establecer controles de consumo de alcohol... La finalidad será evitar daños personales para el/la trabajador/a, compañeros/as o terceros, deterioro de la imagen de la empresa".	-	Convenio colectivo de ACOSOL,S.A (BOP de Málaga, núm. 158, de 20 de agosto de 2019).



DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA O ENTIDAD	ENFOQUE DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ENFOQUE DISCIPLINARIO		ENFOQUE ASISTENCIAL	ENFOQUE ASISTENCIAL
	LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
<b>CESPA (Huelva Capital)</b>	Art. 38. Drogodependencias	Plan de propuestas en las vertientes preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, y no sancionadora.	-	-	Artículo 20. Garantía de empleo frente a pérdida de carné por embriaguez.	Convenio Colectivo de CESPA, S.A. con su personal de los servicios de limpieza viaria, recogida domiciliar de basuras y eliminación de las mismas en Huelva capital (BOP de Huelva, núm. 197, de 17 de octubre de 2017)
<b>Empresa limpieza pública y protección ambiental, Municipal (LIPASAM)</b>	Art. 66. Comité de Seguridad y Salud. Anexo VI. Programa de prevención y asistencia ante el consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo de Lipasam.	Plan integral de gestión de adicciones (preventiva, asistencial y reinsertiva). Así como un plan participado.	Art. 56. Falta leve: La embriaguez o toxicomanía, siempre que la Empresa no tenga constancia de su tratamiento médico de rehabilitación. Art. 57. Falta grave: La negligencia en el trabajo cuando cause perjuicio por estados de embriaguez o toxicomanía. Art. 58. Falta muy grave: Imprudencia o negligencia inexcusable, por estados de embriaguez o toxicomanía.	-	-	Convenio Colectivo de la empresa Limpieza Pública y Protección Ambiental, S.A. Municipal (LIPASAM) (BOP de Sevilla, núm.165, de 1 de julio de 2016)

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA O ENTIDAD	ENFOQUE DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ENFOQUE DISCIPLINARIO		ENFOQUE ASISTENCIAL	ENFOQUE ASISTENCIAL
	LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
<b>Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras -La Línea</b>	Capítulo IX. Seguridad y Salud Artículo 79. Programas de Prevención. Artículo 82. Control de alcoholismo y drogadicción. Anexo VII. Protocolo Drogas - Alcohol	Creación de un Programa relativo a la detección y rehabilitación de drogodependientes. Protocolo sobre controles de alcohol y droga. Programas especiales de integración y seguimiento en el trabajo para las personas trabajadoras con toxicomanía y/o que hayan dado positivo en los controles de alcohol y droga.	Capítulo décimo. Régimen sancionador. Artículo 61. Falta grave "la asistencia a la lista de llamamiento, al trabajo, así como la permanencia en el lugar de trabajo en estado de embriaguez o derivado del consumo de drogas cuando no es habitual. La negativa a someterse a los controles de alcoholometría o drogadicción. Falta muy grave la embriaguez y el estado derivado del consumo de drogas durante el trabajo, siempre que fuese habitual.	Artículo 63. Revocación de despidos disciplinarios tras la acreditación de que la persona trabajadora se ha sometido a tratamiento y es apto para trabajar certificados por el Centro Público Comarcal de Drogodependencias.	Anexo VII. Protocolo Drogas - Alcohol. Programas específicos para la rehabilitación de la persona trabajadora sin separarlo del puesto de trabajo.	Convenio colectivo de Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras-La Línea (BOP-Cádiz, núm. 27, de 10 de febrero de 2009)
<b>NAVANTIA</b>	Plan de Acción frente a los factores de Riesgo Psicosocial en la organización.	Reglamento de Seguridad, Salud y Medio Ambiente dirigido a una protección integral, si bien no diferencia de forma específica, aún los factores de riesgo-protección con relación a los consumos nocivos.	Infracción grave la sola presencia de alcohol en el centro de trabajo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.	Excepción si se adscriben al Programa asistencial.	Programa de atención asistencial, no disciplinaria a las personas empleadas que hayan sido diagnosticadas oficialmente como alcohólicas.	Convenio colectivo (I Convenio colectivo inter-centros de la empresa Navantia, SA, S.M.E) Compromisos de Responsabilidad Social Corporativa (integración en la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo con la certificación ENWHP)

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA O ENTIDAD	ENFOQUE DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ENFOQUE DISCIPLINARIO		ENFOQUE ASISTENCIAL	ENFOQUE ASISTENCIAL
	LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
<b>Agencia Pública Empresarial de la RTVA</b>	Capítulo Quinto. Seguridad y Salud en el Trabajo. Artículo. 29 Planificación de la actividad preventiva.	Creación dentro del Plan de Prevención un Programa relativo a las drogodependencias.	Capítulo décimo. Régimen sancionador. Artículo 63. Ninguna persona trabajadora podrá ser despedida por causa de su toxicomanía o drogadicción.	Artículo 67. Falta muy graves por la embriaguez o toxicomanía si repercuten negativamente en el cumplimiento de su cometido profesional, así como la introducción en el Centro de trabajo de drogas o materias que puedan ocasionar riesgos, peligros o daños para las personas, cosas, o instalaciones o bien afecten al trabajo.	-	Convenio colectivo de la Agencia pública empresarial de la radio y televisión de Andalucía y sus sociedades filiales, Canal Sur Radio, s.a., y Canal Sur Televisión, S.A. (RTVA) (BOJA, núm. 240, 10 de diciembre 2014).
<b>Ayuntamiento de Osuna (personal laboral)</b>	Art. 20. Alcoholismo y drogodependencia. Art. 45. Vigilancia de la salud.	Instaurará programas de Prevención de Alcoholismo y Drogodependencias Evaluación de los factores Psicosociales, de Organización y condiciones físicas del medio ambiente de trabajo que pueden favorecer o mantener el uso indebido de drogas.	-	-	-	Convenio colectivo del Personal Laboral del Ayuntamiento de Osuna (BOP de Sevilla, núm. 220, de 21 de septiembre de 2018).
<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>	Capítulo Octavo. Salud Laboral. Artículo 44. Comités de Salud Laboral.	Desarrollo de un tratamiento de la problemática de la drogodependencia desde el punto de vista preventivo, curativo y rehabilitador.	-	-	Art. 36. Incapacidad Temporal. Se facilitará una mejora voluntaria a la incapacidad temporal garantizando la seguridad económica de la persona trabajadora víctimas de adicción.	Convenio colectivo del Hospital San Juan de Dios (BOP de Córdoba, núm. 164, de 27 de agosto de 2018).

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA O ENTIDAD	ENFOQUE DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ENFOQUE DISCIPLINARIO		ENFOQUE ASISTENCIAL	ENFOQUE ASISTENCIAL
	LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
<b>CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN GRANADA</b>	Capítulo V. Formación profesional, salud laboral, igualdad de oportunidades y conciliación de la vida laboral y familiar. Artículo 33. Salud Laboral.	Implementación de un Plan Integral en las vertientes preventiva, asistencial, reinsertiva,, voluntaria, participativa y planificada.	Capítulo VI. Régimen disciplinario. Faltas muy graves por la embriaguez o drogodependencia manifestada del trabajador.	<i>"Todo trabajador/a que se acoja voluntariamente a un programa de tratamiento será considerado como una atenuante en la sanción que se le imponga, y la entidad facilitara el referido tratamiento".</i>	Se facilitará un programa individual de asistencia por los servicios de prevención de aquellas personas trabajadoras que lo soliciten voluntariamente.	Convenio Colectivo de la Empresa Cruz Roja Española en la provincia de Granada (BOP de Granada, núm. 89, de 12 de mayo de 2017).
<b>Empresa municipal de limpieza colegios y dependencias municipales de Huelva</b>	Disposición adicional primera. Acciones preventivas.	Medidas preventivas a desarrollar a través de acciones formativas, informativas y sensibilizadoras del personal laboral.	-	-	-	Convenio colectivo de la Empresa municipal de limpieza colegios y dependencias municipales de Huelva (BOP de Huelva, núm. 240, de 14 de diciembre de 2018).
<b>Ayuda a domicilio de Sevilla y provincia</b>	Art. 26. Drogodependencias.	Plan de propuestas en las vertientes preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, y no sancionadora.	Artículo 50. Régimen disciplinario. Falta grave fumar o consumir alcohol en el domicilio del usuario o usuaria durante la prestación del servicio.	-	-	Convenio colectivo de Ayuda a domicilio de Sevilla y provincia (BOP de Sevilla, núm. 220, de 10 de abril de 2018).

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA O ENTIDAD	ENFOQUE DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL		ENFOQUE DISCIPLINARIO		ENFOQUE ASISTENCIAL	ENFOQUE ASISTENCIAL
	LOCALIZACIÓN	TIPO DE CLAÚSULAS	FALTAS O INFRACCIONES	PARTICULARIDAD		
<b>OPEL ESPAÑA, S.L.U.</b>	Art. 28.1.b) Funciones y actividades del Comité de Seguridad y Salud. Art. 30. Lucha contra el alcohol, drogas y ludopatía.	Implementación un Plan Integral. Programa de ayuda a empleados con problemas de alcohol, drogas y ludopatía.	ANEXO II Código de conducta de Opel España, S.L.U.: Faltas graves Faltas muy graves.	-	-	BOP de Zaragoza, núm. 61, de 16 de marzo de 2018.
<b>VITHAS ALICANTE S.L.</b>	Art. 42. Salud laboral y drogodependencia.	Implementación del Plan Integral en las vertientes preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, y no sancionadora, voluntaria y planificada.	-	Art. 46. De la graduación de las faltas. <i>"La embriaguez habitual y drogodependencia manifestada en jornada laboral que repercute negativamente, ...siempre que el trabajador se niegue a participar en el programa de rehabilitación...lo abandone o se califique como no rehabilitado"</i> .	-	BOP de Alicante, núm. 54, de 16 de marzo de 2018.
<b>MENZIES AVIATION IBÉRICA, S.A.</b>	Art. 43. Servicio de prevención.  ANEXO III. Política de Menzies Aviation Ibérica respecto del alcohol y sustancias estupefacientes.	Programa de actuación concreto sobre el diseño, aplicación y coordinación de los planes y programas de actuación preventiva, con especial sensibilidad a los problemas que existan de drogodependencia y alcoholismo. Política específica sobre alcohol y sustancias.	Art. 59. Faltas graves. <i>"La embriaguez, fuera de actos de servicio, vistiendo el uniforme proporcionado por la empresa"</i> .	Art. 64. Excepción al régimen sancionador. <i>"siempre que el trabajador manifieste su condición de alcohólico o drogodependiente y demuestre... su predisposición a iniciar un tratamiento de su enfermedad y la realización del mismo"</i> .	-	BOE, núm. 257, de 25 de octubre de 2017.





**Junta de Andalucía**  
Consejería de Empleo, Formación  
y Trabajo Autónomo

Instituto Andaluz de Prevención  
de Riesgos Laborales