



Avanzando hacia la empresa saludable. Buenas prácticas de prevención de las adicciones



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:

978-84-09-40755-2

Depósito legal:

SE 779-2022

“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”¹

LARPSICO-IAPRL

¹Declaración 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 –ENWHP–.



ÍNDICE

1. ¿Qué se entiende por “empresa saludable?”	6
2. Entornos laborales libres de adicciones, un ámbito de gestión de las empresas saludables: nuevas evidencias.	8
3. Evolución del abordaje de las adicciones en el lugar de trabajo: de la disciplina a la empresa saludable.	16
4. Probada relación positiva entre la gestión de riesgos laborales y la promoción de la salud en el trabajo.	19
5. El sector de actividad como indicador relevante para la gestión de las adicciones en la empresa: nueva clave para la autonomía colectiva.	21
6. Las buenas prácticas (“benchmarking”) como una útil vía de progreso hacia la empresa saludable.	25
7. Buenas prácticas de autorregulación: progresos de la negociación colectiva para la gestión proactiva de las adicciones en el trabajo.	28
7.1. Doble forma de aproximación de la negociación colectiva al tratamiento proactivo de las adicciones: preventivo-inespecífica y específica-integral.	29
7.2. Vías de progreso hacia una gestión específico-integral de las adicciones en el ámbito de la negociación colectiva estatal.	33
7.3. Experiencias de gestión proactiva de las adicciones en la negociación colectiva de Andalucía.	35
7.3.1. Aproximación cuantitativa: una mayor y mejor presencia de la cuestión de las adicciones en la negociación colectiva.	35
7.3.2. Análisis cualitativo de las cláusulas convencionales sobre las adicciones en el entorno laboral.	37
8. Experiencias de gestión proactiva de las adicciones en el trabajo desde: selección de buenas prácticas.	39
9. Una vertiente “silenciada”: experiencias de “gestión asistencial informal” de las adicciones en el trabajo.	44
10. Compromisos de futuro: camino hacia la visibilidad social.	46

1. ¿Qué se entiende por “empresa saludable”?

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la OMS definió la promoción de la salud como:

“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. (...). 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.”**

Puesto que el trabajo en la empresa no solo ocupa un lugar muy destacado en nuestras vidas, sino que las organizaciones tienen una incidencia determinante en todos los planos de la vida social, no sólo productiva, no sorprende que cada vez se subraye más el marco de interacciones entre “salud pública” y “salud laboral”. La más dramática actualidad de la pandemia de covid19 así lo evidenciaría: la empresa se convierte tanto en un factor de riesgo como en un factor de protección frente a un riesgo biológico que comparte con toda la ciudadanía (si bien tiene una especial dimensión laboral para los profesionales que luchan en primera línea contra el virus: profesionales sanitarios, por ejemplo). Se entiende que, más allá de esta situación coyuntural, en las últimas décadas, una de las líneas más potentes de desarrollo de la política de promoción de la salud es, justamente, **la política de promoción de la salud en el trabajo. En suma: 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).

Esta perspectiva de mejora cultural ha sido asumida por la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, que integra en la gestión preventiva de riesgos laborales 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”. Esta comprensión expansiva y renovada de la seguridad y salud en el trabajo ha sido institucionalizada en la Estrategia Andaluza de Seguridad y Salud en el Trabajo (EASST) 2017-2022. Literalmente asume este nítido compromiso de progreso:

“La EASST aspira no solamente a ser referencia en materia preventiva, sino a desarrollar su potencialidad para abarcar más allá” (p. 82)

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.

¿Qué implica ese progresar hacia un más allá preventivo? Integrar, como reto 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)

De este modo, la EASST no hace sino alinearse plenamente con un consenso hoy internacional, según el cual, las organizaciones más exitosas, en términos de mejora de las condiciones de vida y de trabajo, pero también de ventaja competitiva, son aquellas que avanzan hacia la promoción de la salud en el lugar de trabajo como parte integrante de las políticas y prácticas de seguridad y salud en el trabajo². Así lo viene defendiendo la OIT y la UE. Nacida en 1996 (Declaración de Luxemburgo), la consolidación de la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP, en inglés), auspiciada por la Comisión³, lo atestigua. Fija los principios, los ámbitos mínimos de actuación y el marco de referencia de una buena gestión de la salud de las personas trabajadoras -sistema certificable⁴.

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

³ Puede verse en la página web del INSST. <https://www.insst.es/declaracion-luxemburgo>.

⁴ 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. vid. AAVV. *Guía para implantar un programa de salud en el trabajo en las organizaciones*, INVASSAT-UMIVALE, 2017 (disponible online).

2. Entornos laborales libres de adicciones, un ámbito de gestión de las empresas saludables: nuevas evidencias.

¿Son los entornos laborales un ámbito adecuado -óptimo- para la gestión preventiva de las adicciones como cuestión de salud psicosocial (mental) y bienestar?

Sí. Desde hace décadas lo defiende la OIT y lo ha asumido la UE. El consenso político e institucional se refleja, en España, en la Estrategia Nacional de Adicciones (2017-2024) y goza de abundante evidencia científica. Consecuentemente, todo modelo de gestión asentado en el paradigma de empresa saludable anima a la colaboración de la dirección de la empresa y la representación laboral en la misma a la inclusión, dentro de la política de mejora del bienestar integral, no sólo de las condiciones de trabajo (aspecto mínimo de todo compromiso de empresa saludable, según la Declaración de Luxemburgo), de un plan de intervención proactiva frente a las adicciones.

¿Contamos con nuevas evidencias científicas-magnitudes de la interacción entre los factores laborales y los consumos problemáticos y/o adictivos de la población?

Sí. Bien es sabido que el problema de las adicciones es una cuestión compleja en la que intervienen múltiples factores (fenómeno multifactorial o multicausal), de diversa naturaleza (Tabla 1): personales, sociales, familiares, laborales. No es posible, pues, fijar una relación directa causa-efecto entre un único factor y la conducta adictiva, personas sometidas a factores análogos desarrollan patrones de consumos diversos. La dura realidad del coronavirus evidencia, según diversos estudios recientes, un consumo abusivo de sustancias mayor, incidiendo factores extralaborales y laborales. Además, es también una evidencia que tienen una influencia mutua (figura 2). Ahora bien, al igual que existe este consenso científico, existe igualmente el de valorar los entornos laborales y las condiciones de trabajo factores como bastante relevantes. Así, la Encuesta de Consumos de Sustancias psicoactivas en el medio laboral 2013-2014:

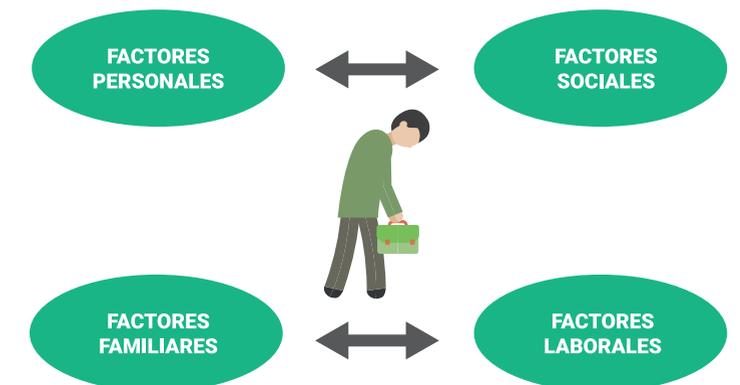
“En términos generales, el porcentaje de consumidores [personas consumidoras] es mayor entre los que afirman estar expuestos a ciertos riesgos laborales (insatisfacción en el trabajo, riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo y daños a la salud...” (p. 48).

Tabla 1. Dimensión multifactorial o multicausal de los consumos abusivos.

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	
• Sensación de no poder superar dificultades.	• Insatisfacción en su vida actual.
• Pérdida de confianza en sí mismo	• Insatisfacción en los estudios.
	• Sensación de agobio o tensión.
FACTOR LABORAL	
• Mala situación contractual o paro.	• Insatisfacción en el trabajo.
• Trabajo a destajo o alto rendimiento.	• Cansancio intenso o estrés en el trabajo
• Jornada de trabajo prolongada.	

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

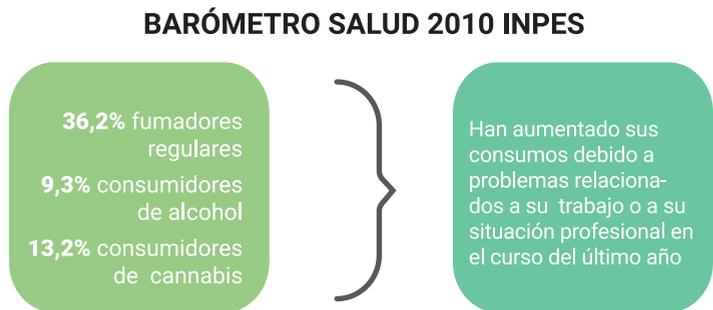
Figura 2. Causalidad multifactorial e interactiva, no estanca, en los patrones de consumos abusivos/adictivos.



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

Diversos estudios previos estimaron esa misma conexión. Es el caso, para el País Vasco, del “barómetro de salud Inpes” (Gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de personas trabajadoras que habrían visto agravados sus consumos problemáticos por factores laborales.



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

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 de los sistemas 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.**

¿Es el entorno laboral solo fuente de factores de riesgo para desarrollar patrones de consumos problemáticos o es también fuente de factores de protección frente a él?

En efecto, **el entorno laboral no es solo factor de riesgo, puede ser también potente factor de protección.** 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), 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). En consecuencia, **el entorno o ambiente laboral puede actuar de forma ambivalente, dependiendo de la gestión que se haga:**

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

De forma particular, la ECML (no incorpora las adicciones conductuales, solo las drogodependencias; en la próxima, ahora pendiente de publicación, sí tendrán entrada), permite analizar y desvelar las interacciones entre 4 grupos de variables sociolaborales y el incremento/reducción del riesgo de consumo nocivo de sustancias adictivas. La tabla 2 lo refleja.

Tabla 2. Variables sociolaborales relevantes para el incremento/reducción del riesgo de consumos nocivos de sustancias adictivas.

- 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”**

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 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. En definitiva,

a mayor sea la calidad de condiciones de trabajo menor será el riesgo de adicciones -o de agravación-. La Tabla 3 desvela esta tensión o conflicto, siendo misión de las políticas y de las prácticas, de autorregulación y de gestión, optimizarlo al servicio de la mejora de la salud, y de la productividad. En suma, **la ECML ofrece indicadores e instrumentos útiles para progresar de forma más efectivo por la senda de una empresa vista como un lugar adecuado para desarrollar actividades de promoción y prevención** en relación con el consumo abusivo (nocivo) de sustancias adictivas.

Tabla 3. 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
Condiciones de empleo	Inseguridad en el empleo Trabajo externalizado (exceso subcontratación)	Cláusulas de seguridad o garantía de empleo
Condiciones contractuales: (relativas sobre todo a jornada y retribución)	Jornadas prolongadas e inseguridad de descansos Devaluación de condiciones Baja expectativa carrera	Cláusulas de conciliación de la vida laboral y familiar progresión profesional Mejoras acción social
Condiciones materiales: ambiente físico	Continuidad trabajos tóxicos Estrés térmico	Compromisos eliminación puestos tóxicos o peligrosos Evaluaciones de factores de riesgos ergonómicos
Riesgos Psicosociales	Elevada carga de trabajo Ritmos intensivos Nocturnidad/aislamiento Insatisfacción relacional	Evaluación de factores de riesgo psicosocial Calidad de clima relacional

FUENTE: Elaboración propia.



¿Qué se entiende por adicciones? ¿Y por consumos problemáticos? ¿Son sinónimos de situaciones de drogodependencias?

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 de las adicciones en la población empleada.

Conviene hablar claro para prevenir eficazmente. Ni todos los consumos de sustancias ni usos de actividades son adictivos, ni siquiera abusivos, ni las adicciones son solo las drogodependencias⁵, como se ha entendido hasta hace bien poco tiempo. **Cuando se habla de “adicción” nos adentramos en el estricto territorio de lo “sociosanitario”, esto es, se trata de auténticas “enfermedades mentales”.** En tales casos, pues, falta la “salud mental o psicosocial”, por lo que la prevención ha sido desbordada. Hoy se acepta ampliamente (científica e institucionalmente) que una adicción es

Toda conducta compulsiva de búsqueda, por placer o 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) y 2) continúa a pesar de las consecuencias negativas que ocasiona (situación de dependencia).

De este modo, 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 sociosanitario, como se dijo. Además, es fundamental que los diversos entornos, en especial el laboral, se impliquen en una acción educativa a favor de estilos

⁵ 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.



de vida saludable para conseguir el bienestar, o, una vez que se ha perdido por la influencia de procesos adictivos, para recuperarlo.

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 4) entre:

- a) **Consumos/usos responsables:** se trata de consumos carentes de riesgo sea para la salud sea para la propia esfera social de la persona consumidora, en especial en el ámbito de la empresa, porque por la zona en la que se realiza o por el tiempo en que se lleva a cabo resulta compatible con la salud y con la responsabilidad social individual.
- b) **Consumos/usos de riesgo:** en estos casos se constatan factores precursores de riesgo, aunque no se actualiza todavía en daños graves, por lo que un sistema eficaz de prevención debería estar en condiciones de contar con alertas tempranas.
- c) **Consumos/usos problemáticos o nocivos:** en estos casos ya se constata alguna conducta generadora de conflictos con su medio -en nuestro caso laboral-, por lo que si no se corrige perjudicará la salud psicosocial o bienestar y la estabilidad relacional.
- d) **Patrones de consumos/usos adictivos:** en esta fase del proceso ya se está ante una enfermedad psiquiátrica o trastorno de salud mental, que implica limitaciones psicofísicas para una vida relacional en plenitud.

Tabla 4. Distintos niveles de consumo por su grado de riesgo para la salud, conforme a la metáfora del semáforo (verde, ámbar, rojo).

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.

Como veremos de inmediato, según el paradigma de gestión integral de la OIT y de la UE, todas estas zonas de consumo y grupos de población (empleada) deberán ser sujetos de atención en una política proactiva de intervención sobre adicciones. Pero no todas requerirán el mismo tipo de medidas. Estando la inmensa mayoría de la población empleada en la "zona verde" deberán ser atendidas con medidas de prevención primaria, mientras que las -minoría- integradas en la "zona roja" requerirán asistencia (prevención terciaria). 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 demanda 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".

Qué son las adicciones conductuales?

Pero antes de afrontar esa cuestión es necesaria una nueva clarificación conceptual. Hoy en día se distingue entre las **drogodependencias** y las dependencias conductuales o **adicciones sin sustancia** (comportamentales, no químicas). Aunque sus efectos para la salud-bienestar de las personas afectadas son análogos, deben diferenciarse sus ámbitos.

Así lo evidencia la Estrategia Nacional de Adicciones (ENA), que incorpora las ludopatías y adicciones tecnológicas, y los marcos legislativos recientes (ej. Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, del País Vasco).

a) Las adicciones a sustancias. Junto a las más conocidas -alcohol, drogas, fármacos y otros psicotrópicos-, se abre a nuevas sustancias con efectos adictivos, como el azúcar o las grasas. Se prima la dimensión preventiva sobre la reparadora (Tabla 5).

Tabla 5. Sustancias psicoactivas más frecuentes y otras nuevas probables.

NOMBRE DE LA SUSTANCIA	RIESGO
Tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de pulmón y vejiga • Bronquitis • Asma • Patología cardiovascular
Alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la vigilancia y de los reflejos • Pérdida de control: violencia-accidente • Coma etílico • Hepatopatías
Medicamentos 	<p>En función del consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Alteraciones comportamiento, memoria, movimiento.
Cannabis 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>En función de la sustancia consumida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones • Violencia • Disminución de la vigilancia • Patología cardíaca • Patología infecciosa
¿Azúcares, grasas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos adictivos (desórdenes de uso derivados de esta sustancia -SUD-) • Obesidad, etc.

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

b) Las adicciones sin sustancia o adicciones comportamentales. Aunque se hace una llamada expresa a las ludopatías y a las adicciones tecnológicas (llamadas Tecno-adicciones), respecto de las que se reconoce el derecho a beneficiarse de servicios de prevención integral, aunque las segundas no sean enfermedades como tales, sí se abre a un ámbito más amplio de acción, a través del principio de precaución (Tabla 6).

Tabla 6. Adicciones conductuales propuestas por una creciente evidencia científica.

1) El juego patológico, tradicional u online (ludopatía). Reconocida oficialmente como enfermedad.

2) Usos abusivos de las nuevas tecnologías digitales ("adicción cibernética"). Aunque se reclama su reconocimiento como enfermedad, no ha sido todavía establecida oficialmente, pero sí se promueve institucionalmente la prevención frente a ellos.

3) El ejercicio compulsivo y obsesivo del deporte (Vigorexia). Propuesta, pero no reconocida

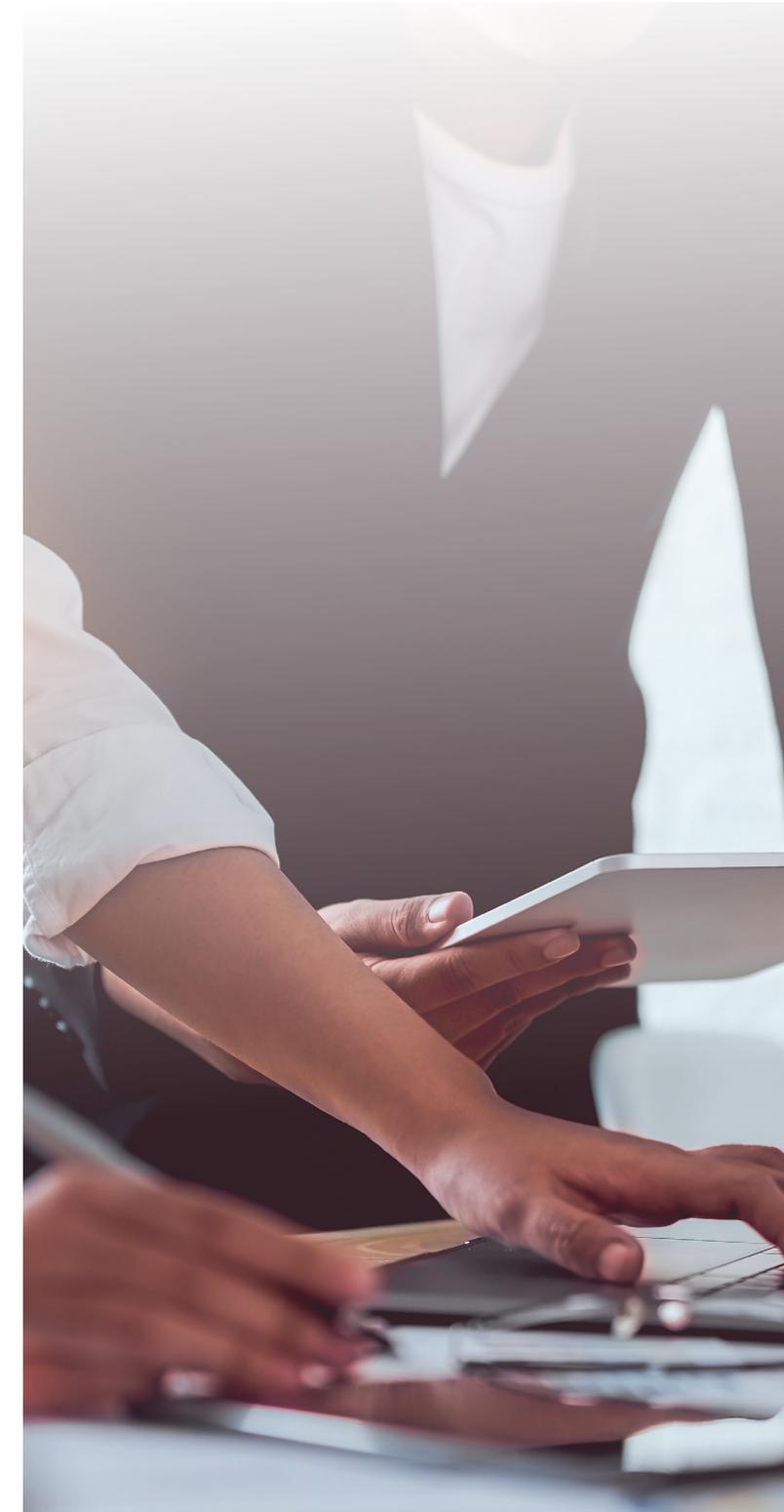
4) Trastornos alimentarios o síndrome de Edorexia (adicción a la comida calórica). Se acumulan evidencias científicas, pero no reconocida oficialmente.

5) Conductas de compra compulsiva (adicción a las compras u Oniomanía). No se reconoce oficialmente como adicción-enfermedad, aunque sí sea un trastorno de conducta psicossocial.

6) La adicción al sexo (incluye, pero no agota, el consumo excesivo de pornografía). Se acumula evidencia científica en tal sentido, se ha propuesto que se reconocida pero no se ha llevado a cabo, aún.

7) La adicción al trabajo ("Workaholics" o "trabajolismo"). Se acumula cada vez más evidencia científica, se ha propuesto su reconocimiento, aun no logrado.

FUENTE: Elaboración propia.



3. Evolución del abordaje de las adicciones en el lugar de trabajo: de la disciplina a la empresa saludable.

¿Se ha dado siempre la misma respuesta a las adicciones por parte de las empresas?

No, está habiendo una notable evolución hacia el paradigma de la empresa saludable. En un primer momento, el problema se negaba en la empresa y solo tenía el tratamiento disciplinario previsto en el ET. Después, se fue reconociendo el problema, con la convergencia de ambas partes en la necesidad de caminar hacia la prevención, si bien dirección de empresa y sindicatos no siempre entienden lo mismo por tal acción. Si la empresa incide en el factor control -pruebas-, los sindicatos enfatizan la asistencia y las garantías de continuidad en la empresa.

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, **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 puede resultar más costoso**, para la empresa (absentismo, rotación, etc.) y para la sociedad (asistencia sanitaria, ayudas y prestaciones económicas, etc.). El Gráfico 2 refleja esta evolución.

Gráfico 2. Evolución de la intervención sobre consumos problemáticos y adicciones en los lugares de trabajo.

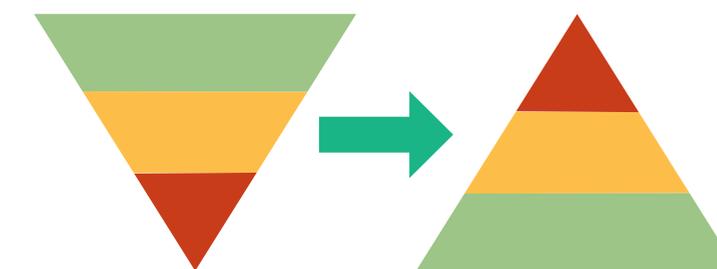
Tratamiento disciplinario	Tratamiento preventivo	Entorno laboral saludable
		
Enfoque antiguo	Planteamiento clásico	Enfoque contemporáneo
Reprobar mala conducta	Evitar plus de riesgo laboral	Promoción del bienestar

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.

¿Qué implicaciones tiene esta evolución en términos de eficacia de la política proactiva de gestión de las adicciones y de eficiencia -costes/beneficios-?

De ahí que, en la línea de las políticas que se deducen de la ECML, se reclame **un enfoque proactivo: 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 estimular 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.** La evolución e implicaciones las reflejamos en el Gráfico 3.

Gráfico 3. 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: 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. 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).

Es obvio que esta evolución tiene consecuencias prácticas importantes. El diseño y el contenido del **plan de intervención o de gestión no disciplinaria de las adicciones en el trabajo se verá profundamente influido.**



4. Probada relación positiva entre la gestión de riesgos laborales y la promoción de la salud en el trabajo.



Estamos evidenciando cómo existe un consenso científico e institucional, nacional e internacional, en las bondades, socio-humanitarias (mejora de la salud) y económicas (mejora de la ventaja competitiva de la empresa), de integrar la promoción de la salud en el trabajo (PST) en el sistema de gestión de riesgos laborales (SST). Pero ese consenso no se sostiene solo en los discursos y en la experiencia dilatada, sino que se dispone ya de herramientas estadísticas que ofrecen la magnitud real de esa asociación o integración. Sería el caso, por ejemplo, de la denominada Encuesta ESENER (Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes). En ella (en su segunda edición, estando ahora pendiente de difusión la tercera) se deja claro que 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 abusivos de sustancias, así como para la calidad de vida y de trabajo en general (Tabla 7)⁶.

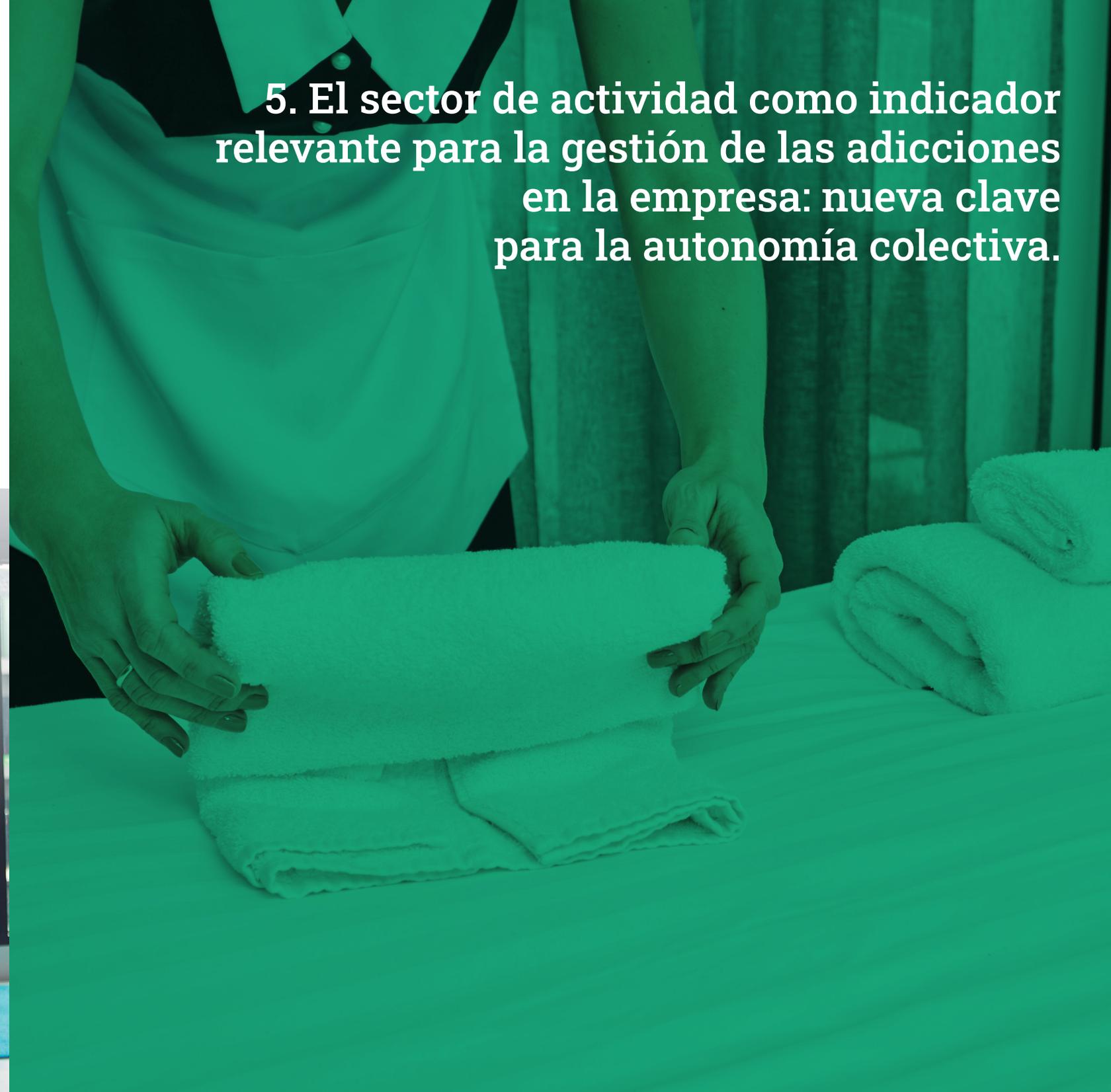
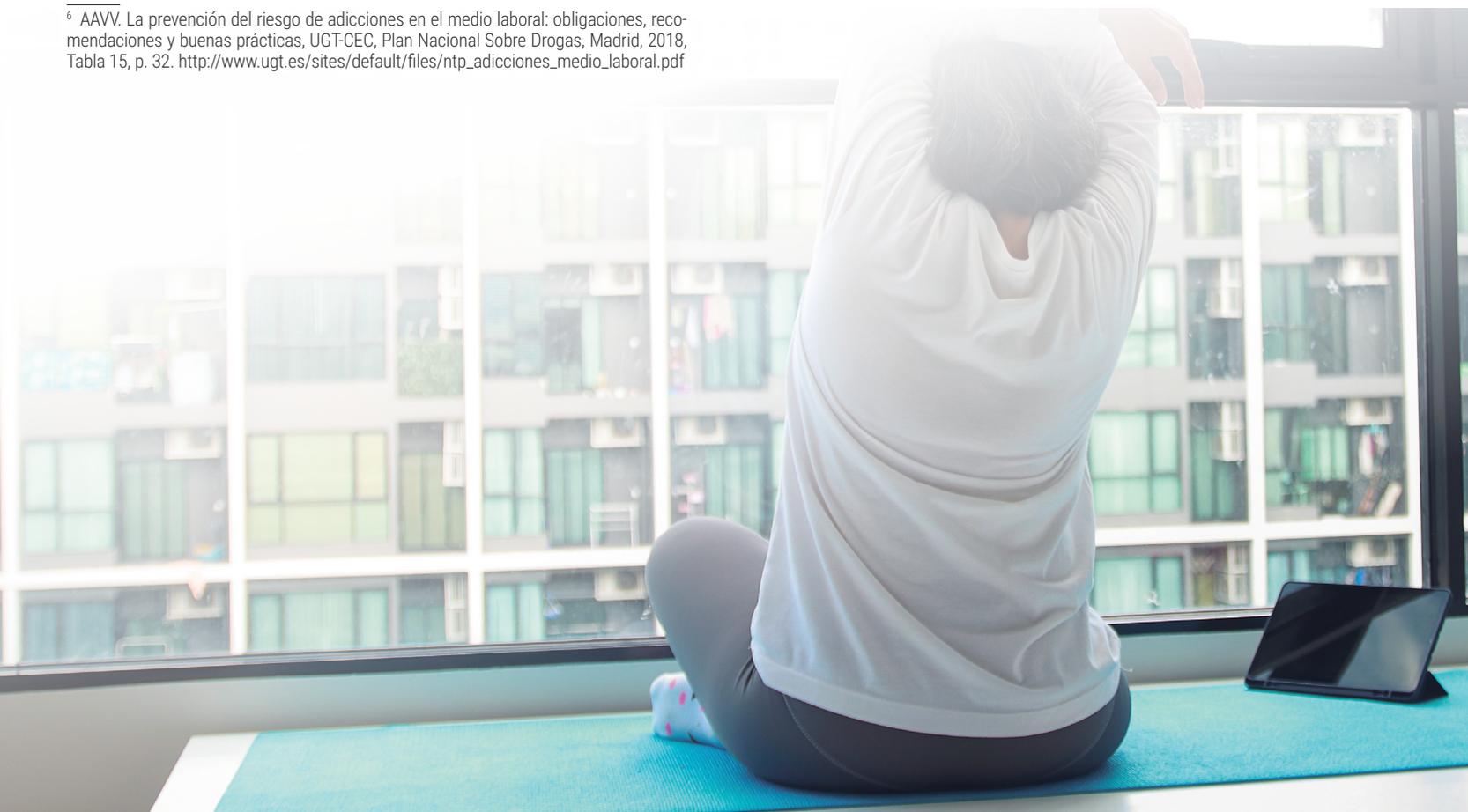
Tabla 7. Relación positiva entre la evaluación de riesgos y la promoción de la salud.

	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.

⁶ 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

5. El sector de actividad como indicador relevante para la gestión de las adicciones en la empresa: nueva clave para la autonomía colectiva.



La citada 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 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 pionera a la hora de establecer un programa de gestión integral de las adicciones en la plantilla, con una dimensión tanto de prevención como de asistencial, por la necesidad de

“no quedarse atrás en la carrera con sus competidores”.

Tabla 8. Prevalencia del riesgo de consumos problemáticos por sector, ECML.

	ALCOHOL	TABACO	HIPNOSEDANTES	CANNABIS	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
MEDIA	10,5	33,8	7,3	6,7	2,4

■ Por debajo de la Media

■ Por encima de la Media

FUENTE: Elaboración propia.

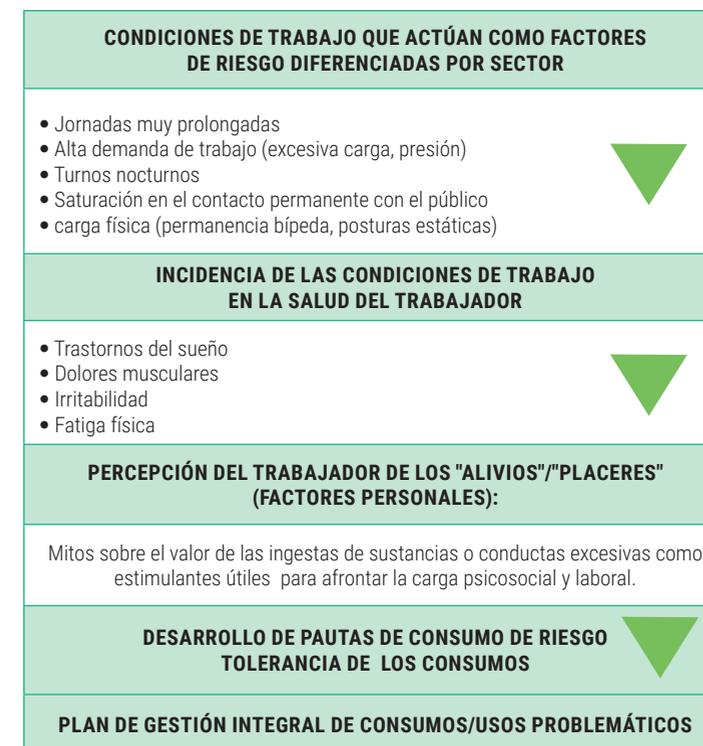
Por poner un ejemplo de las enormes potencialidades que abre esta herramienta para una política más preventiva de las adicciones en el trabajo, ofreciendo dimensiones nuevas a la negociación colectiva, traemos a colación el art. 53 del V Acuerdo laboral de ámbito estatal para el sector de la hostelería (2015-2019). El Convenio crea la Comisión Estatal Sectorial de Seguridad y Salud y le atribuye la competencia de:

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

¿Qué deberían incorporar estos estudios y evaluaciones de prevalencia de patrones de consumo problemáticos?

Desde esta perspectiva, sería útil que el convenio diera este paso, de modo que identifique (codificación convencional) y dibuje **el mapa sectorial de factores de riesgo/protección frente de adicciones que implican ciertas condiciones de trabajo y formas de organización (Gráfico 4)**. 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.

Gráfico 4. 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**): Ponemos un ejemplo aún más concreto. Sin perjuicio de lo que se verá al seleccionar algunas experiencias convencionales, estatales y andaluzas, 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, destacamos el siguiente mandato colectivo:

“ (...) ...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.

⁷ Ampliamente, AAVV. Drogas y negociación colectiva... Ob. Cit. Pp. 77 y ss.



Los ejemplos se podrían multiplicar. Es el caso de las personas trabajadoras del **sector del espectáculo** público. Están entre los de mayor consumo de sustancias psicoactivas, en especial cannabis. Así lo evidencia la ECML y lo reafirman otros estudios 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 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), concibiéndose 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 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 Estudio⁸:

“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”.

⁸ 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/>. 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>

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-:

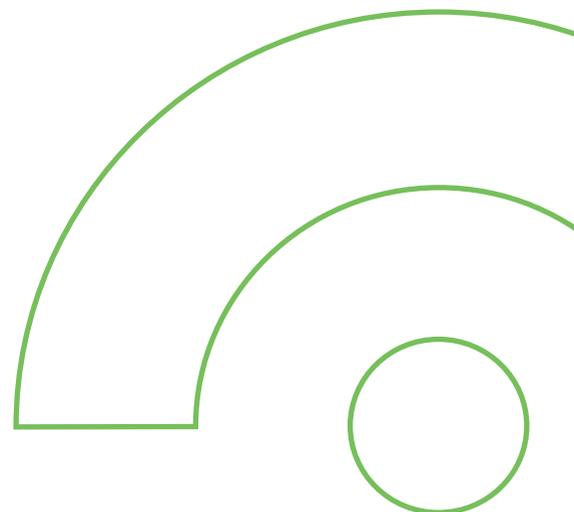
“cuando son conscientes de su baja calidad de vida en relación con la salud, aumenta su motivación al cambio de conducta en lo que respecta a las adicciones”.

Una comprensión que aparece en otros sectores, como en el de las empresas de atención a la dependencia, que también tiene un importante sesgo de género. El convenio de sector estatal es consciente del problema y llamará 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..

6. Las buenas prácticas (“benchmarking”) como una útil vía de progreso hacia la empresa saludable.



Las buenas prácticas de promoción de la salud en el trabajo como condición de éxito socioeconómico de las organizaciones y las sociedades

La evolución referida (desde la visión disciplinaria a la de la promoción de la salud, pasando por el enfoque de prevención de riesgos) supondrá, al menos, dos cambios en las políticas de gestión proactiva del riesgo de adicciones en la empresa. A saber:

a) 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.

b) 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.

La convergencia de ambas perspectivas será el **poner en el centro de la política no ya solo que la organización no dañe la salud, sino que sea un espacio de corrección de malos hábitos y potenciación de buenos.** Precisamente, este es el lema del sistema de promoción de la salud en el trabajo impulsado por el sistema -certificable- ENWHP: "Personas Trabajadora sanas en organizaciones saludables".

La evolución del marco europeo: la integración de la promoción de la salud mental en el trabajo en las políticas de seguridad y salud en el trabajo

El marco europeo relativo a empresas saludables ha evolucionado para facilitar 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. Dos referentes son fundamentales aquí:

1) 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 un requisito de éxito social y económico.

Así, junto al aumento de los riesgos psicosociales, considera expresamente que consumos problemáticos de sustancias, como el tabaco y el alcohol:

"...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 (...)"

2) La Declaración de Edimburgo sobre la promoción de la salud mental y el bienestar en el trabajo (2011). La ENWHP promueve enfoques prácticos para la mejora de la salud mental en el trabajo.

A tal fin, se propone

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

b) "Apoyar, retener y contratar a trabajadores (personas trabajadoras) con trastornos mentales".

Comprobamos, pues, como el paradigma de las empresas saludables converge con el propio de las políticas de seguridad y salud en el Trabajo. Junto a la referida EASST, puede citarse a la **Estrategia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente (2014-2020)** y la **Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2014-2020)**. En el primer caso, se asume como referente la "buena salud laboral" porque:

"...tiene un efecto positivo directo y medible 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"

¿Son las empresas españolas en general, y andaluzas en particular, proclives o no a adherirse al modelo de empresas saludables?

Pese a que, hasta hace poco tiempo, según un estudio del Observatorio GOfit⁹, las empresas españolas parecían algo reacias

⁹ Vid. IRCO-IESE Business Schol. Productividad y empresas saludables, Observatorio GOfit, 2017, p. 41

a adoptar este paradigma de empresa saludable, integrando la promoción de la salud en el trabajo en las políticas de seguridad y salud en el lugar de trabajo, al menos respecto de la media de países desarrollados, la situación parece estar cambiando. Siendo esta una Guía cualitativa, a fin de evidenciar ejemplos de buenas prácticas en la materia, no cuantitativo, aquí nos centraremos en ilustrar de forma concreta estas vías de progreso hacia el paradigma de las empresas saludables, en general, y en particular en su proyección para una gestión proactiva de las adicciones en su seno. Si bien no son los únicos ejemplos, sí son muy relevantes, a nuestros efectos, el paso dado que han dado por empresas como NAVANTIA o ACERINOX EUROPA. En este último caso, su nuevo convenio colectivo ha recogido 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 [personas trabajadoras] la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo (...)" (Disposición Adicional 5ª CC, BOPC 13 de marzo de 2019)

Se trata de **un paso más** en la dirección de conformarse como empresa saludable, una vez que, una década antes, decidió dar un paso **en la dirección de la gestión proactiva de las adicciones en la empresa, formalizando un plan de prevención e intervención a tal fin**, sobre el que luego volveremos. Una característica especialmente valorable de este modelo de empresa saludable, con inclusión de gestión proactiva de adicciones, es su enfoque dialogado o participado, como recomienda por la OIT. A diferencia de otros casos, ACERINOX EUROPA no solo ha plasmado en un acuerdo colectivo su modelo de intervención no disciplinaria sobre las adicciones, promoviendo una acción de tipo integral, sino que ha reflejado expresamente en el convenio colectivo su compromiso hacia la empresa saludable. La adhesión se produce en el marco de la "Responsabilidad Social Corporativa", pero se refleja expresamente en la Negociación Colectiva

De este modo, la exposición que sigue pretende recorrer dos caminos de buenas prácticas, a menudo convergentes. A saber:

1) Las buenas prácticas de autorregulación colectiva, a través de la intervención de la negociación colectiva más formalizada

o institucional a favor de un abordaje no meramente disciplinario, sino integral, de la cuestión social de las adicciones en la empresa

2) Las buenas prácticas de gestión empresarial proactiva, mediante la proyección de esos marcos de autorregulación (o de responsabilidad social) en programas, en planes y/o protocolos de prevención e intervención en materia de adicciones en la población trabajadora. Precisamente, la existencia o no de este marco de gestión procedimental, visibilizada, marcará la diferencia con otro gran número de experiencias de gestión no disciplinaria, sino asistencial, pero que, sin embargo, no llega a formalizarse en acuerdo, por diversos motivos, dificultando su conocimiento, también su "rentabilización social". Las llamamos prácticas de gestión informal de las adicciones en la empresa.



7. Buenas prácticas de autorregulación: progresos de la negociación colectiva para la gestión proactiva de las adicciones en el trabajo.

7.1. Doble forma de aproximación de la negociación colectiva al tratamiento proactivo de las adicciones: preventivo-inespecífica y específica-integral.

El referido cambio de paradigma potenciado por la OIT, en línea con lo preconizado por la OMS y sistematizado, aunque a través de recomendaciones, por la UE, como la Red Europea ENHWP (empresas saludables), supone también corregir en parte, así como enriquecer en otra, los enfoques precedentes de las adicciones en el trabajo, tanto en las empresas como en la autorregulación colectiva:

- A)** su consideración como un incumplimiento laboral reprobable por la vía del poder disciplinario (**vertiente disciplinaria**).
- B)** su comprensión como factor de riesgo laboral adicional que debe evitarse, en aras de la seguridad de terceras personas y de la empresa (**lógica de seguridad**).

En el enfoque renovado de política de promoción de la salud en el trabajo, el funcionamiento organizativo de la empresa debe orientarse también a potenciar la salud, con la mejora continua tanto de las condiciones de empleo y de trabajo cuanto de vida. 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 educativo-formativas¹⁰. De ahí, pues, **la gran importancia de la negociación colectiva para clarificar y avanzar por estos terrenos de frontera**, ofreciendo no sólo garantías de mejora de la salud para las personas trabajadoras y seguridad (económica, jurídica, ocupacional), sino también nuevas oportunidades competitivas (Plan de acción Mundial sobre la Salud de los trabajadores 208-2017”).

Consecuentemente, la negociación colectiva incluye cada vez más cláusulas sobre la mejora los conceptos como el “bienestar”, “calidad de vida”, “promoción de la salud”, etc. (ej. CC Telefónica, CC Industria Química, CC Altadis, CC Opel España, CC Grupo parcial CEPESA, CC sector autoescuelas, CCC Servicios de Prevención Ajenos, CC Activa Innovación y Servicios, CC Grupo Vodafone, etc.). Una línea de autorregulación que se adhiere a la política

¹⁰ Es el más típico. Por ejemplo, el art. 30 del CC Grupo Vodafone establece la facultad de la empresa de promover “acciones encaminadas al desarrollo de hábitos saludables en relación a alimentación, ejercicio, deshabituación tabáquica... etc.”. Vid. GUTIÉRREZ-SOLAR CALVO, B. “De la prevención de riesgos a la promoción de la salud en el trabajo...” ob. cit. pp. 141-142.

de promoción de esa “nueva cultura de la prevención” alentada por la EASST, también por la EESST. La negociación colectiva va transitando, pues, lenta, sí, pero visiblemente, también, desde **la vieja** -todavía muy presente- **comprensión disciplinaria a otra moderna propia del modelo de empresa saludable**, pasando por el **punto que supone la prevención de riesgos**, como se dijo (Tabla 9).

Tabla 9. Tipos de abordaje en la negociación colectiva de las adicciones en el trabajo.

LÓGICA DISCIPLINARIA	LÓGICA PREVENTIVA	LÓGICA ASISTENCIAL	PROMOCIÓN SALUD
Régimen sancionador	Factores de riesgo Control (pruebas)	Planes de ayuda a personas empleadas	Acción integral

FUENTE: Elaboración propia.

En suma, la evidencia científica que nos aporta la ECML respecto de 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**, entre los llamados a su aprovechamiento están los interlocutores sociales, mediante la autonomía colectiva, tanto sectorial como de empresa. Consecuentemente, ahora el abordaje por la negociación colectiva de este tema admite una doble perspectiva o enfoque, o una combinación de ambas:

- 1. Un abordaje sistemático y específico de la política interna de gestión integral de la cuestión de las adicciones en la población trabajadora.** Incorpora, 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 atiende 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

Una adecuada catalogación o “codificación” de este inventario de factores de riesgo, en cada sector de actividad y/o empresa¹¹, 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. Ya vimos varios ejemplos al respecto

Precisamente, y desde el primer enfoque de abordaje posible, y más recomendables (por eso centra el objeto de esta Guía), es interesante volver a referir al comentado **art. 30 del VII CC Marco Estatal 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) y su Plan Integral. Aunque no lo especifica en el convenio, remitiendo a un desarrollo posterior, el programa integra las siguientes acciones (**Tabla 10**)¹²:

- 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).

¹¹ Más extensamente en 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.

¹² 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.

Tabla 10. Niveles de intervención (no disciplinaria) sobre adicciones en la empresa.

PREVENCIÓN (PRIMARIA)	ASISTENCIA (PROTECCIÓN)	REINSERCIÓN (RETORNO)
Información/formación Indicadores de riesgo Evaluación -corrección de factores de riesgo Factores de protección Control o detección (acción disuasoria, pero preventiva)	Evitación escalada del proceso de consumo para reducir daños a la salud (enfoque de patología) Acompañamiento-apoyo tutelado, médico y ocupacional Vigilancia de la salud a más precoz posible mejor	Protección social – la seguridad económica- Garantías de conexión con el trabajo (evitar el riesgo desconexión) Adaptación de puesto, si necesario (art. 25 LPRL) Vigilancia de la salud -seguimiento-

FUENTE: Elaboración propia.

El compromiso de prevención primaria no queda agotado únicamente en las técnicas comunicativas (acciones de sensibilización e información), más usuales. Va más allá. Así se refleja claramente en la 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 Convenio¹³), 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”¹⁴.

¹³ 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).

¹⁴ A ello hay que añadir su mandato relativo a: “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).

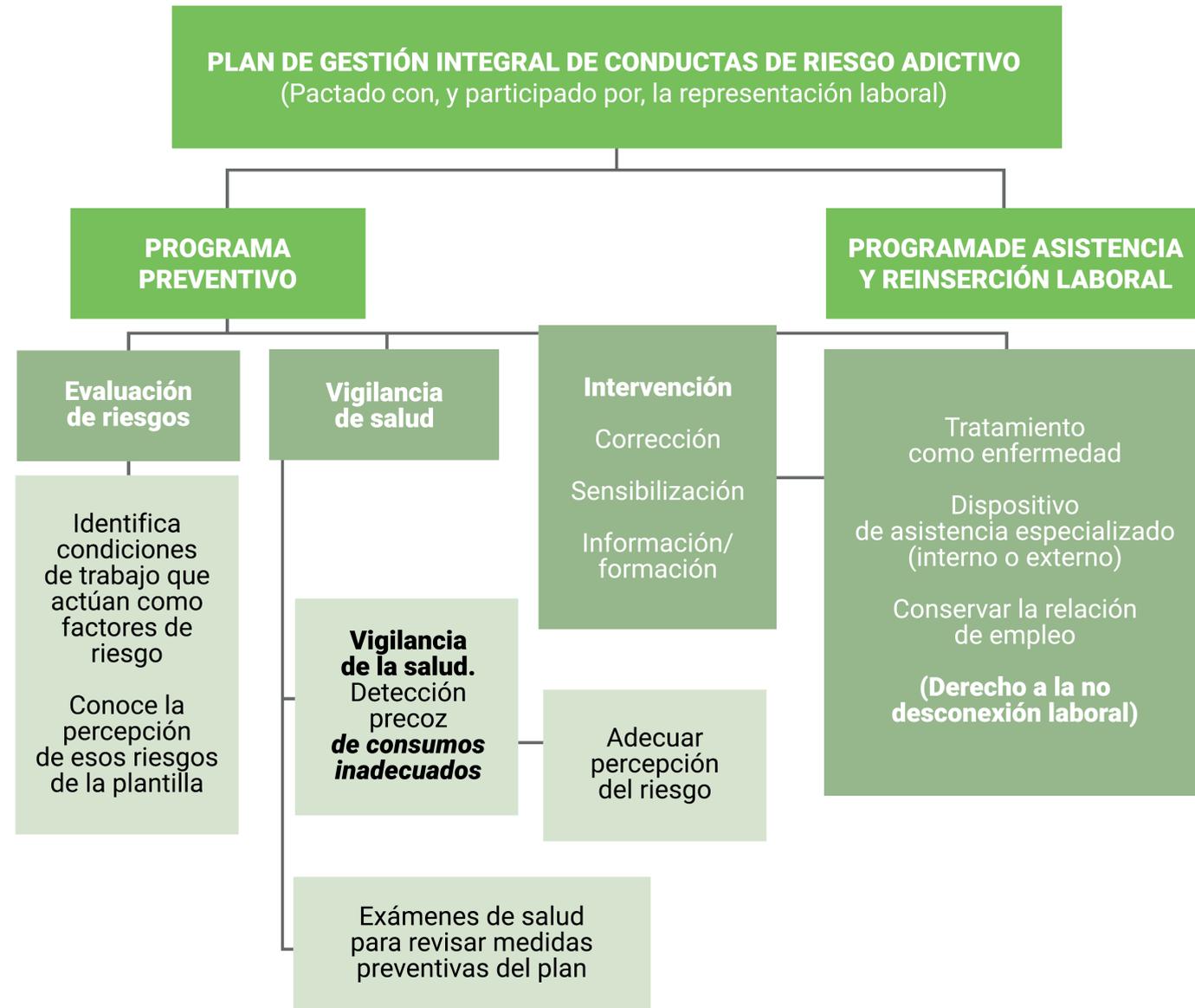
En cambio, **para el segundo modo de enfocar esta cuestión** del abordaje preventivo del riesgo de adicciones en el entorno laboral, **inespecífico y fragmentario**, que no tiene en cuenta de forma específica y diferenciada el eventual impacto en consumos abusivos de sustancias, pero que sí puede abrirse a él, por su integración en una política general de mejora de las condiciones de trabajo, podemos citar **el convenio del sector del juego de Bingo**. Este, a diferencia del convenio sectorial estatal de hostelería, ordena estudiar y evaluar los factores de riesgo de todo tipo en el sector para mejorar las condiciones de trabajo y de vida, pero sin referir expresamente a la cuestión de las adicciones. 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 5.



Gráfico 5. Estructura y dinámica del plan de gestión integral y proactivo sobre los factores de riesgo-protección para las adicciones en el entorno laboral.



7.2. Vías de progreso hacia una gestión específico-integral de las adicciones en el ámbito de la negociación colectiva estatal.

En esta dirección de progreso de la autorregulación convencional para un abordaje proactivo, no meramente disciplinario, de las adicciones en el trabajo, cabe constatar un muy significativo crecimiento de los convenios que apuestan por ella, realizando, aun de forma lenta, el compromiso del III Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva (2015-2017) -vigente en este punto por la remisión que se hace en el compromiso primero del IV Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva-. Esta recomendación se asumió claramente. **Estas cláusulas en los convenios colectivos no sólo han crecido** (valoración cuantitativa), **sino que también ha mejorado** (plano de análisis cualitativo). Por supuesto, aún queda un largo y duro trecho por recorrer a cargo de las diversas unidades negociadoras, pero no impide hacer una valoración moderadamente optimista.

Cabe ordenar el análisis de las nuevas reglas convencionales en torno a 4 núcleos:

- Búsqueda de alternativas que modulen la sanción disciplinaria.
- Refuerzo de la lógica de vigilancia de la salud laboral ex art. 22 LPRL, vinculada a adicciones con sustancia.
- Los marcos convencionales que promueven una gestión integral (prevención, la asistencia y la rehabilitación), desplazando el papel de la sanción.
- Apertura convencional a las nuevas adicciones conductuales.

Por lo que hace al primer grupo de renovación, crecen los convenios que condicionan la operatividad de la sanción tanto al **previo cumplimiento de la obligación recíproca que cargaría sobre la empresa** de poner medidas útiles para que la persona trabajadora supere la situación (deber social de protección empresarial), **cuanto, sobre todo, al deber de la persona trabajadora afectada de someterse a tratamiento de deshabitación (deber de auto-protección)**. Por ej. **art. 37. 3 f) del CC del Sector de Desinfección, Desinsectación y Desratización**.

“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”.

Crece así, la comprensión de la adicción como enfermedad. De ahí el mandato de eliminar la consideración como falta muy grave cuando obre un informe facultativo de la adicción que padece la persona trabajadora (por ejemplo: art. 66.15 CC Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía -BOJA 212, 2 noviembre 2018-, I CC intercentros de NAVANTIA, etc.).

Por lo que hace a la segunda línea de renovación, **la detección precoz de las adicciones en la empresa, hay que advertir** que una parte significativa del crecimiento del interés convencional se debe a la **proliferación del tema de las pruebas de cribado de consumos. Es también de las más conflictivas**, como ya se evidenció, por la muy diversa visión al respecto entre la dirección de la empresa y la representación sindical. Para unos supone la búsqueda de una prueba “científica” (no ya la indiciaria que pueden aportar los testigos) del incumplimiento de a persona trabajadora. 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. También aquí hallaremos una gran heterogeneidad en los modos de regulación, si bien la mayoría se orienta hacia configurar las pruebas como obligatorias. En consecuencia, *ante la falta de tal construcción sistemática, los avances más notorios aparecen en:*

- la garantía de la intervención de los representantes de las personas trabajadoras.
- la encomienda de su realización a personal cualificado.
- y las garantías personales de la posición jurídica del sometido a control.

Finalmente, y por lo que aquí más interesa, hay que llamar la atención sobre el cambio de panorama de autorregulación convencional y de compromisos empresariales **cuando el marco de acción tiene como referencia evitar los riesgos y programar algún tipo de intervención a tal fin**. De este modo, las dos perspectivas “clásicas” de abordaje de las adicciones en la empresa experimentan una clara evolución. Su sentido último respondería al espíritu ergonómico y psicosocial de las políticas de seguridad y salud en el trabajo promovidas por el art. 15 LPRL. Muy interesante y prototípico al respecto es el **art. 103.3º del VI CC General de Ferralla (BOE núm. 63, 14 marzo 2019):**

“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 los 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 cuanto a la tipología de este tipo de cláusulas de autorregulación y compromisos empresariales para concretar una forma más proactiva de abordaje de las adicciones en el trabajo, aunque no son mayoría, lo que importa **destacar aquí es su significado de promoción -compromiso- de cambio en el planteamiento.** 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**¹⁵. Así, en apretada síntesis, cabe mencionar, 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 (RENFE, Metro de Madrid); 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 (**FCC para la Contrata del Consejo Comarcal del Tarragonés, Telefónica, ONCE**), aunque se refleje en CC (**Opel España, Easyjet, General Motors, etc.**).

De especial interés resultan los marcos de autorregulación colectiva de programas de gestión integral de las adicciones de ciertas empresas. Por ejemplo, sugerente es 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.

¹⁵ Ej. art. 62 CC Personal Laboral Ayuntamiento de Punta Umbría (BOP Huelva 42, 1 marzo 2018); art. 89 CC Transportes Urbanos Autobuses de Alcoy, SA -TUASA- (BOP Alicante 123, 2 julio 2019).

“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”¹⁶.

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).

Finalmente, mencionaremos las recientes aperturas a las adicciones conductuales. 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 a las adicciones con sustancia. No obstante, **en la negociación colectiva de los últimos años comienza también a vislumbrarse las “tecno-adicciones”**, junto a una mayor referencialidad de las “ludopatías”, en línea con la ENA (**ej. Arts. 23.7, 61.3 j**)

¹⁶ En esta misma línea, varias empresas comprometen por convenio colectivo actuaciones desde un punto de vista preventivo, asistencial y reinsertador, delimitando objetivos específicos, tanto de la mejora de la salud, mediante prevención primaria -acciones comunicativas-, cuanto de “productividad, calidad del trabajo y las relaciones laborales”. **Art. 85 CC Empresa Vega Mayor, SL, de Milagro (BO Navarra 46, 6 marzo 2018).**

y 73 in fine CC Quirón Prevención, SLU; CC ADIF); o 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”; por último, el mayor número de referencias es a las ludopatías.

Así, una formulación abierta, genérica, pero claramente inclusiva en la protección de nuevas situaciones adictivas (conforme al principio de precaución ya referido en el marco legislativo más moderno en la materia, el vasco), es la siguiente:

“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.

En la misma línea, pero con previsiones más concretas cabría destacar la opción autorreguladora de apertura de las cláusulas que reconocen específicamente:

“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 Huesca¹⁷.

Una línea también innovadora, aunque de nuevo remitida a una actuación de la empresa posterior (compromiso procedimental o de derecho reflexivo), la de aquellas empresas que, pioneras en el tratamiento asistencial de las adicciones con sustancia, ahora inician el proceso de integración de las adicciones modernas, las conductuales. Así, se abre a un plan de actuación para incluir, en el ya vigente de alcohol y drogas:

¹⁷ “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”.

“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).

“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).

7.3. Experiencias de gestión proactiva de las adicciones en la negociación colectiva de Andalucía.

7.3.1. Aproximación cuantitativa: una mayor y mejor presencia de la cuestión de las adicciones en la negociación colectiva.

Aunque el porcentaje de convenios que incluyen previsiones sobre adicciones sigue siendo muy bajo, el crecimiento es visible. Apenas alcanza el 7% (6,73%) de los convenios con un ámbito territorial superior al provincial –sean de sector o de empresa- recogen previsiones al respecto. Aumenta casi hasta el 9% (7,86 %) si incluimos la dimensión provincial, pero es poca diferencia (Gráfico 6).



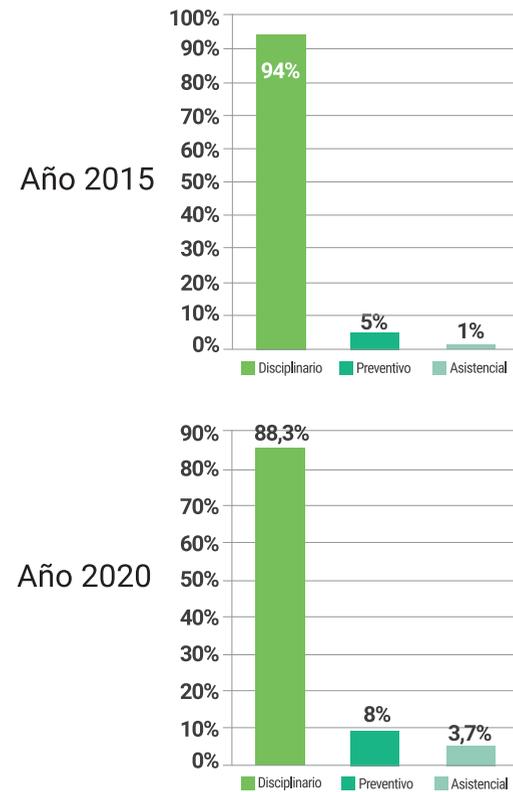
Gráfico 6. Convenios colectivos que incluyen previsiones acerca de adicciones.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Consejo Andaluz de Relaciones Laborales.

El progresivo enriquecimiento convencional del tratamiento de las adicciones se refleja numéricamente, como se puede comprobar, en estos últimos cinco años, disminuyendo la visión disciplinaria en pos de otros tratamientos en clave preventiva y/o asistencial. El gráfico 7 lo refleja.

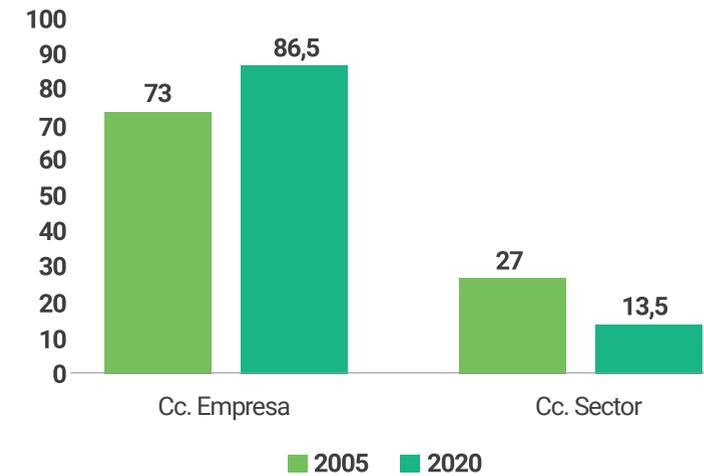
Gráfico 7. Crecimiento del abordaje no disciplinario convencional de las adicciones.



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

A este respecto, **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.). En cuanto al 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. Así se refleja en el siguiente gráfico (gráfico 8).

Gráfico 8. Convenios colectivos según su ámbito.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos del CARL.

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

En cuanto al análisis de los contenidos previstos en las cláusulas convencionales sobre adicciones, diferentes conclusiones se pueden destacar a este respecto. En primer lugar, destacamos **el tradicionalismo de los términos**, pues, aun dentro de una gama de diversidad, sigue siendo mayoritaria las más reductivas de embriaguez y la toxicomanía. En segundo lugar, **la marcada prevalencia del enfoque disciplinaria comienza a corregirse también en las unidades de negociación andaluzas**, asumiendo la referida dirección flexibilizadora del rigor sancionador precedente (ejemplo, art. 40 del Convenio Colectivo de la empresa BSH Electrodomésticos España, S.A. Servicio BSH al Cliente-Zona 6, Andalucía). Hallamos, a tal fin, compromisos colectivos que crean **“cláusulas puente” entre la lógica disciplinaria y la lógica de seguridad ocupacional.**

Otra cosa es que, la negociación colectiva no ofrece siempre un modo único para coordinar ambas facetas (por ejemplo, del art. 43 CC de la Real Federación Andaluza de Fútbol, art. 56 CC de la empresa Limpieza Pública y Protección Ambiental, S.A. Municipal, art. 67.15 del CC de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, etc.). Ejemplar nos parece,

para ilustrar un típico modelo de tratamiento no disciplinario de las adicciones en el trabajo, 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”.

Asimismo, como mejor práctica en esta línea reseñamos la de los convenios que no solo establecen una forma más clara y coherente el puente entre ambas perspectivas de tratamiento, sino que, además, la empresa asume, por la mediación convencional, un mayor compromiso de seguridad en el empleo. Es el caso, del **art. 28 del Convenio de CESPAS, S.A. (Huelva):**

“...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...”.

En tercer lugar, **encontramos cláusulas convencionales que prevén la gestión integral como riesgo y daño psicosociales**, línea que se va abriendo camino creando un enfoque de la seguridad más amplio que el ya referido a la seguridad en el empleo. En este sentido, y por poner un ejemplo ilustrativo, el convenio colectivo de la referida empresa CESPAS-Huelva, su artículo 38, sobre el que volveremos al analizar esta práctica como buena experiencia de gestión integral de las adicciones en el trabajo, asumiendo que es un problema de salud no disciplinario, a diferencia del enfoque general que da al tema el convenio sectorial estatal (insiste en la línea disciplinaria, sin perjuicio de abrirse a estudios futuros que analicen el impacto en el sector de las adicciones).

En cuarto lugar, hallamos **una tipología creciente de cláusulas convencionales relativas a la detección de consumos problemáticos en la negociación colectiva**, las cuales ocupan 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. **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. En este punto, la negociación colectiva tiene reservado un importante papel para asegurar el justo equilibrio en esta cuestión, en línea con lo que sugiere la OIT, según ya se indicó.

Al igual que se indicó para la negociación colectiva estatal, también para nuestra Comunidad hallamos una gran diversidad de tratamientos. Como también de forma muy mayoritaria se proclama el carácter obligatorio de estas pruebas de despistaje o detección precoz¹⁸, conviene recordar que **es una buena práctica someter esta política al acuerdo en el Comité de Seguridad y Salud**¹⁹. Algunos convenios se ocupan de precisar un poco más las situaciones que legitiman este tipo de controles²⁰, debiéndose reducir al mínimo las cláusulas que habilitan controles discrecionales o aleatorios, sin más justificación que la política de tolerancia 0 al consumo (prohibición radical), pues generan conflictos y no facilitan el conveniente consenso entre dirección y representación sindical²¹. En algunos casos, con sinceridad meridiana, se hace explícita la finalidad disciplinaria:

“deben conocer que su finalidad es la averiguación del consumo de alcohol y/o drogas y que el resultado positivo en el consumo de estas sustancias puede generar la extinción de su contrato de trabajo” (art. 35.8 CC Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, SL (SEMYU 112) de Almería -BOP Almería núm. 45, 6 marzo 2020-).

En otros, en cambio, como en el CC de Acerinox Europa, se deja muy claro que los controles -incluso discrecionales- solo deben tener finalidad preventiva²². Ni que decir tiene que esta dimensión no deja inerte a la empresa para intervenir eficazmente. Por supuesto están justificados siempre que presenten síntomas evidentes de intoxicación, debiéndose, en estos casos, establecer un protocolo específico de intervención para evitar cualquier factor de riesgo para terceros²³. Las garantías de procedimiento son aquí fundamentales, para su transparencia y proporcionalidad, pero no suelen establecerse.

En quinto lugar, respecto de las adicciones sin sustancia comienzan a abrirse paso las previsiones relativas a las mismas. Así, hallamos -tímidamente- 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”**. De interés en este sentido el artículo 66 del Convenio colectivo de la empresa de limpieza y protección ambiental, S.A. Municipal (LIPASAM). Volveremos sobre él al comentar la buena práctica de esta empresa.

²² En esta misma línea Art. 13 CC Servicios Integrales de Transporte de Viajeros Avant Group, SL (BOP Barcelona 15 enero 2020); art. 11 CC Autocares Canals, SA (BOP Barcelona 22 junio 2018); etc.

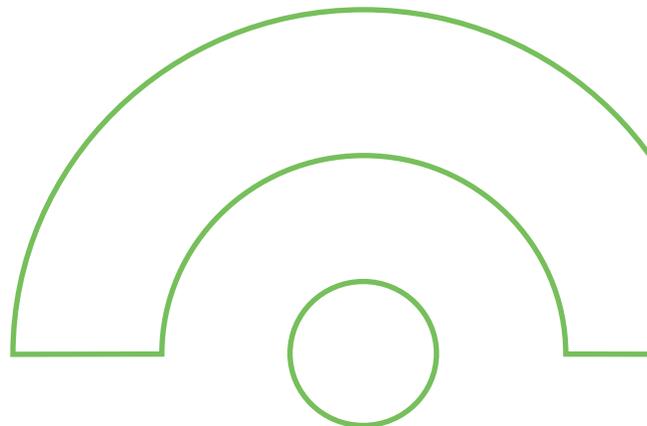
²³ art. 35.8 CC empresa Servicio de Emergencias Médicas y Urgencias, S.L., el art. 17.4.3 CC empresa HBA, SL, el art. 36 in fine del CC Sector Auto-Taxi Comunidad Autónoma de Andalucía o el art 27 del II Metro de Málaga, Sociedad Anónima (BOP Málaga 21/3/19).

¹⁸ 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 de Metro de Sevilla (BOP Sevilla 21/12/19)). Convenio colectivo de la empresa Transmol Logística, SLU (BOP Huelva 21/1/17), etc.

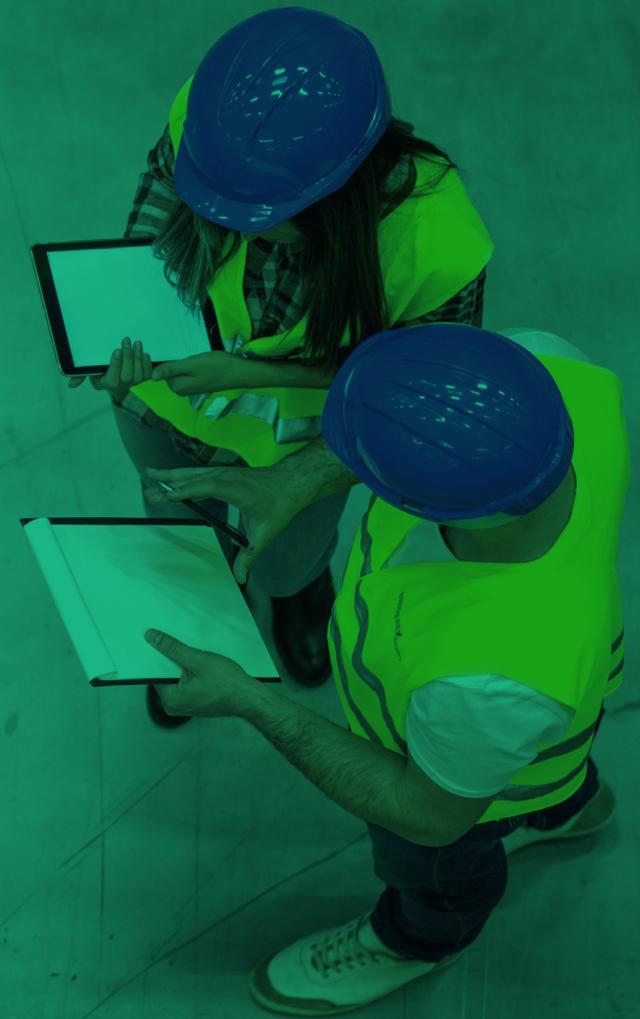
¹⁹ En tal sentido, el art. 87 in fine CC Agencia de Medio Ambiente y Agua de Andalucía

²⁰ Ej. art. 14.6.6 CC 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.

²¹ 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 CC CESPAS, SA (Limpieza Pública de Tomares).



8. Experiencias de gestión proactiva de las adicciones en el trabajo desde: selección de buenas prácticas.



En este apartado, se presenta una selección de las buenas prácticas de gestión formal proactiva de las adicciones en empresas andaluzas, siguiendo el Estudio realizado más ampliamente a tal efecto²⁴.

1) GRUPO ADIF:

Del "PACDA" a la gestión de las "adicciones conductuales".

Conforme a una dilatada tradición, ya referida, desde sus orígenes como RENFE, el CC de ADIF (BOE, núm.169, de 16 de julio de 2019) recoge una política de promoción de la salud laboral del grupo empresarial que ha de incorporar la gestión de las adicciones conductuales, no solo de la más clásica, la ludopatía, sino las contemporáneas: las techno-adicciones. En efecto, de un lado, y por referirnos a las techno-adicciones, ADIF establece, mediante compromisos, **una política de usos razonables de las TIC a efectos de salud integral**. De hecho, 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. Así, ADIF reconoce la necesidad de implantar los elementos necesarios que faciliten el denominado desempeño laboral del teletrabajo. Además, 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.

2) ACOSOL:

Experiencia arraigada de gestión dual, convencional y protocolizada.

ACOSOL cuenta con específico protocolo de gestión de drogodependencia, alcoholismo y ludopatías dentro de la política de seguridad y salud en el trabajo, 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). En este escenario, también, en cuanto a los controles o pruebas de detección de consumos problemáticos, la

práctica de ACOSOL resulta, sobre el papel, muy adecuada. 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. Por lo tanto, tiene una dimensión claramente de salud.

3) ACERINOX EUROPA:

Ejemplo de gestión proactiva de adicciones mediante programas de estilo de vida y trabajo saludable.

La empresa ACERINOX EUROPA cuenta, desde 2008, con un **Plan de Prevención e Intervención en adicciones** (no sólo con sustancia) en la empresa. En él se apuesta por una acción tanto de prevención primaria (educativo-formativa) cuanto asistencial (apoyo para el tratamiento de desintoxicación -85 por cien cubierto por la empresa-, con garantía de retorno laboral, si supera el tratamiento (de tres veces que se ha implementado, 2 han terminado con éxito). No se incorpora ni un régimen disciplinario, lógicamente, ni tienen cabida los controles o pruebas de despistaje.

Estos controles se han introducido en el nuevo convenio colectivo. No obstante, se deja claro que deben tener solo una finalidad preventiva. En la cláusula 5ª del CC, relativo a la vigilancia de la salud, incorpora, la facultad empresarial de llevar *"a cabo exámenes de salud preventivos, con especial control de...alcoholemia...drogas etc., que se realizarán discrecionalmente"*. Por tanto, las personas con responsabilidad en materia de prevención serán informadas de las conclusiones con la finalidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención.

Esta política de vigilancia de la salud no puede entenderse hoy aislada, sino que se ha reconducido (en línea con otras empresas que también cuentan con arraigados planes o programas de gestión asistencial, como sucede con el Grupo NAVANTIA) en una línea de gestión promocional de la salud en el trabajo más amplia. La empresa se ha certificado en el modelo de gestión saludable de la ENWHP, como reconoce expresamente el propio Convenio. Se ha adherido a la citada Declaración de Luxemburgo a fin de promover nuevos y más eficaces *"programas de estilo de vida y trabajo saludable"*. A tal fin, debe adoptar todas las políticas de empresa, también la de prevención de riesgos laborales y de promoción de la salud en el trabajo, incluido el control preventivo

4) CESPAS (CENTRO EN HUELVA CAPITAL):

Autorregulación convencional de proximidad, clave en el progreso hacia centros de trabajo saludables.

En el convenio colectivo de CESPAS, 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. No obstante, no todos los Convenios de la Empresa CESPAS, 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.

En este sentido, su art. 38 (*"Drogodependencias"*), asume, 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 tienen causas solamente de índole personal, o extralaboral, sino que puede verse iniciada, o agravada, de manera no infrecuente en condiciones sociolaborales. Sobre este planteamiento, CESPAS-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, se compromete a 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, potenciando los "factores de protección" frente a las adicciones ligadas al entorno laboral

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. Por tanto, 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.

5) LIPASAM:

La gestión integral de las adicciones en el trabajo inicia desde la evaluación de riesgos laborales.

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 una naturaleza pública. Justamente, en su convenio colectivo se dispone 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).

En este contexto, la política se establece en el ámbito del régimen de la seguridad y la salud en el trabajo a través del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, teniendo una doble competencia. De un lado, la de cooperar en el seguimiento de los casos de drogodependencia y ludopatías de las personas empleadas. De otro lado, se plantea expresamente reducir las causas y consecuencias del consumo de drogas y del juego en el entorno laboral. De manera que, tiene como objetivos no solo medidas de concienciación y sensibilización de las personas trabajadoras, sino que se deberá de detectar aquellos factores ambientales que puedan favorecer las adicciones. Para ello, se fija, la evaluación de las condiciones de trabajo y detección de riesgos que propicien el consumo de sustancias, convirtiéndose en un instrumento axial para la acción.

En base a lo anterior, el compromiso de LIPASAM no es solo competencial, sino también instrumenta-estratégica, como se desarrolla en su Anexo VI:

"Programa de prevención y asistencia ante el consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo de Lipasam".

Esto es, 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. Por supuesto, el programa derivado del compromiso de autorregulación normativa determina la necesidad del asesoramiento y tratamiento asistencial a las personas empleadas con afecciones adictivas, a fin de favorecer su inserción en el mundo laboral.



²⁴ Remisión al Estudio del LARPSICO.

6) SOCIEDAD DE ESTIBA Y DESESTIBA DEL PUERTO DE ALGECIRAS-LA LINEA:

Concreción pionera de un compromiso sectorial más amplio.

La Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras-La Línea lleva más de una década con un plan de prevención e intervención en materia de adicciones en el trabajo. Para ello cuenta tanto con diversos protocolos de gestión, que incluye no solo acción asistencial -que también- sino pruebas de detección precoz, cuanto con una previsión específica en su convenio colectivo (BOP-Cádiz, núm. 27, de 10 de febrero de 2009). En este modelo de gestión integral se atribuye expresamente -enfoque de salud laboral y participado- al Comité de Seguridad y Salud del Puerto establecer “un programa de detección y rehabilitación de drogodependientes”. Precisamente, esta cláusula genérica del convenio colectivo (cláusula de atribución procedimental o de derecho reflexivo), luego tendrá dos concreciones convencionales. A saber:

- A)** De un lado, se vinculará a la dimensión asistencial del programa.
- B)** De otro lado, al control de alcoholismo y drogadicción que se incluye en el Anexo VII “Protocolo drogas – alcohol”.

Lo arraigado de esta gestión proactiva -al igual que en el Puerto de Barcelona, así como en el de Las Palmas- ha sido un referente fundamental para avanzar en un plan más sectorial. El futuro V “Acuerdo Marco” del sector de la estiba portuaria, parece querer hacer bandera de la gestión preventiva del riesgo de adicciones con una política sectorial más adaptada a la realidad de los consumos problemáticos de alcohol y drogas.



7) AYUNTAMIENTO DE OSUNA:

Ejemplo de gestión integral en el seno de las organizaciones público-administrativas.

Hemos procurado aquí centrarnos en las experiencias de gestión formalizada, integral y proactiva de las adicciones en el trabajo de las empresas con especial presencia en Andalucía, ya sean sociedades mercantiles privadas ya sean sociedades mercantiles públicas (empresas municipales, sobre todo). **La investigación desvela una experiencia que enseña que son estas últimas las que se han mostrado, hasta el momento, más proclives a este tipo de programas.** Ahora bien, junto al ámbito empresarial, hallamos otros ámbitos también muy proclives a la introducción de tales planes de prevención y de intervención no disciplinaria frente a las adicciones en la empresa, como son tanto el del sector público-administrativo, sobre todo los ayuntamientos (Administración Local), sin perjuicio de algunas administraciones autonómicas, cuanto las entidades del denominado “tercer sector” (ej. Cruz Roja-Granada; Hospital General S. Juan de Dios, gestionado por la Orden hospitalaria de S. Juan de Dios). Para no cargar en exceso esta Guía práctica hemos preferido centrarnos en las empresas, pero entendemos oportuno reflejar alguna práctica destacable en el dicho sector público-administrativo municipal.

Desde luego no el único²⁵, sí merece especial reseña hoy el modelo de gestión de las adicciones por parte del Ayuntamiento de OSUNA. Lo completo y arraigado de su programa se refleja en el Convenio colectivo del Personal Laboral (BOP de Sevilla, núm. 220, de 21 de septiembre de 2018). Una vez más responde al modelo de gestión integral -cláusulas de carácter asistencial junto a otras que son típicamente preventivas-, dejando en un plano secundario el enfoque sancionador o represivo de dichas conductas. En el ámbito preventivo el Ayuntamiento viene contando con ciertos programas de Prevención de Alcoholismo y Drogodependencias teniendo en cuenta 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. Destaca de este programa el compromiso de adaptación del puesto de trabajo a las necesidades de las personas afectadas, evidenciando esa integración preventiva-promocional pedida por OIT.

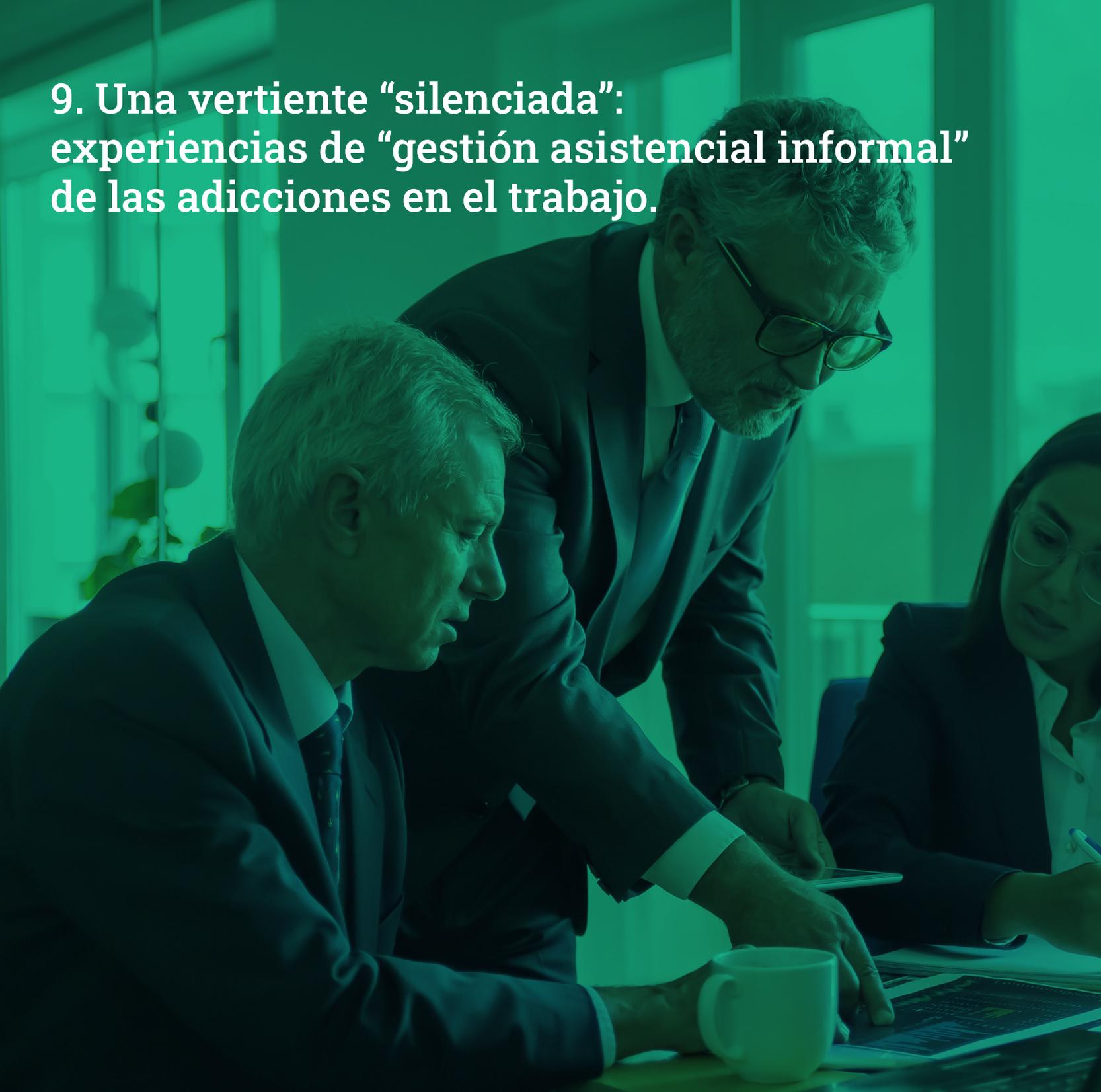
²⁵ Entre otros especialmente reseñables y de una arraigada trayectoria -si bien en los últimos años esa gestión se ha estancado o difuminado-, destacaríamos el **Ayuntamiento de Bailén**. También, entre otros el **Ayuntamiento de Punta Umbría** (BOP Huelva 42, 1 marzo 2018).

Tabla 11. Sinopsis de buenas prácticas para una gestión eficaz de las adicciones en el trabajo.

EMPRESA	ENFOQUE PREVENTIVO		ENFOQUE DISCIPLINARIO	LOCALIZACIÓN DEL CONVENIO COLECTIVO
	TIPO DE CLAÚSULAS	SÍNTESIS		
ADIF	Convenio Plan de prevención e intervención	Modernización del programa de drogodependencias tradicional: inclusión de las ludopatía y dependencias a las TIC.	-	BOE, 169, de 16 de julio de 2019
ACOSOL	Convenio Protocolo de intervención proactiva	Posibilidad de controles de consumo de alcohol con la finalidad de evitar daños personales, etc.	-	BOP de Málaga 158, de 20 de agosto de 2019
ACERINOX EUROPA	Convenio Protocolo de intervención en adicciones	Plan integral Controles solo preventivos	-	(BOP Cádiz, 49, 13 marzo de 2020)
CESPA, S.A. (Huelva)	Convenio Plan integral -incluido en convenio-	Triple plano de intervención: prevención -asistencia- rehabilitación	-	BOP Huelva 197, 17 octubre 2017
LIPASAM	Convenio Plan integral	Triple plano de intervención	No renuncia régimen disciplinario	BOP Sevilla, 165, de 1 julio de 2016
Sociedad de Estiba y Desestiba del Puerto de Algeciras-La Línea	Convenio Protocolo de intervención proactiva	Programa integral: Protocolo sobre controles de alcohol y droga Programas especiales de integración sociolaboral	El régimen disciplinario se condiciona al tratamiento rehabilitador	BOP-Cádiz, 27, 10 febrero 2009
RTVA	Convenio Plan de prevención	Compromiso acción integral	Excluye la adicción como causa de despido	BOJA, 240, 10 diciembre 2014
Ayuntamiento de Osuna	Convenio Plan Integral	Incluye prevención primaria sobre los factores psicosociales, de organización y condiciones físicas del medio ambiente laboral	-	BOP Sevilla, 21 septiembre 2018
Hospital General San Juan de Dios (Córdoba)	Convenio colectivo	Desarrollo de un tratamiento de la problemática de la drogodependencia en las tres vertientes referidas	-	BOP de Córdoba, núm. 164, de 27 de agosto de 2018
Cruz Roja Española, Granada	Convenio Plan Integral	Clásica triple acción: prevención primaria, asistencia y rehabilitación -social y laboral-	Cláusula expresa de condicionamiento del régimen disciplinario al resultado de un tratamiento de deshabituación	BOP Córdoba, 164, de 27 de agosto de 2018

Fuente: Elaboración propia.

9. Una vertiente “silenciada”: experiencias de “gestión asistencial informal” de las adicciones en el trabajo.



Una investigación de campo conducida durante 2019-2020 nos ha evidenciado una “realidad invisibilizada”. **Las empresas que carecen de compromisos formales de gestión no meramente disciplinaria de adicciones** de su población empleada, bien porque no lo incluyen en su marco de responsabilidad social corporativa (o empresarial), bien porque no cuentan con compromiso convencional alguno ni protocolo específico a tal fin, **en modo alguno significa que carezcan de acción asistencial de las adicciones**. Por tanto, por no estar formalizadas en ningún documento y ser de origen unilateral, sin la participación colectiva (como requiere la OIT), es decir, la concesión “altruista” de la empresa, las hemos denominado “prácticas de gestión informal” de las adicciones. Así, la situación en Andalucía es, desde esta perspectiva, análoga a la que se ha encontrado en otros ámbitos del territorio español.

Que, conforme al paradigma de la OIT, no puedan calificarse de buenas prácticas en gestión de adicciones en el trabajo con perfil de promoción de la salud -no quedan por escrito, no están participadas por la representación y no tienen una dimensión integral, en sentido estricto, sino asistencial-, no quiere decir que no merezcan valoración positiva. Al contrario, nos ha resultado de gran interés el “hallazgo”. En este sentido, por lo general son prácticas con un sentido asistencial, corrigiendo el rigor disciplinario legislativo, esto es, condiciona la aplicación del régimen sancionador-disciplinario al sometimiento a procesos de tratamientos de desintoxicación o rehabilitación, si bien, aplicadas según el caso concreto y a título individual de la persona trabajadora afectada. Por lo tanto, a menudo ni las personas empleadas lo saben o lo conocen antes de tener el problema.

No obstante, son evidentes las limitaciones de estas vías informales. En nuestro caso es manifiesto este enfoque ambivalente. De un lado, la mayoría de las empresas estudiadas en esta tipología, si bien muestran una gran disposición a contar, en un plano estrictamente académico y confidencial, su práctica, luego se resiste a visibilizarla. Esta cautela para contar algo que -objetivamente- merece valoración positiva, revela que sigue persistiendo una visión “negativa” de las adicciones en el trabajo, incluso de su gestión a favor de la protección de las personas afectadas. Por lo tanto, se subestima su acción, pues **prefieren mantenerlo en silencio, para evitar el “daño reputacional” que creen sufrirá a “rentabilizarlo” aireándola como práctica de RSE.**

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”.

Dado que debemos mantener la cláusula de confidencialidad alcanzada con ellas, daremos cuenta de esta tipología de gestión a través de una presentación anónima. Las resumimos así:

EMPRESA	EMPRESA “ANÓNIMA 1”	EMPRESA “ANÓNIMA 2”
DATOS	Filial de una empresa multinacional, con arraigo en una zona del territorio andaluz. 150 personas trabajadoras.	Empresa multinacional con diferentes centros de trabajo en la geografía andaluza. Entre 200-250 empleados
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	Tres entrevistas abiertas -telefónicas e individualizadas-. Dos 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.	La información recabada es a través de varias entrevistas -telefónicas-, a persona encargada de la acción y que se relaciona con la vigilancia de la salud.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando la empresa es conocedora de la dependencia se produce la suspensión de su relación de trabajo, sin abrir procedimiento disciplinario a condición de someterse a un tratamiento. - Conocido el problema, se asesora y se acompaña a la persona afectada a un Centro Especializado, gestionando una baja laboral por enfermedad común. Eso sí, se le aplicará, en todo caso, una mejora de las prestaciones de Seguridad Social. - Una vez superado el proceso, se le garantizará el retorno a su empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detectada una adicción se estudia el caso concreto, priorizando la compatibilización de la rehabilitación y su trabajo. Pasando a asesorar para su rehabilitación mediante un registro del consumo de sustancias y el tratamiento farmacológico, siempre que sea necesario, pero sin causar baja laboral. - Si la persona trabajadora necesitara un internamiento a causa de su grado de adicción, se le dirige a un Centro Especializado. La empresa paga una parte del tratamiento. - Una vez superado el proceso se le garantizará el retorno a su empleo, adaptando. Se exige certificación de la superación del tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASOS

1) La invisibilidad de las adicciones en el entorno de trabajo no significa ausencia de acciones asistenciales, ofreciendo una imagen más reductiva como hemos podido comprobar.

2) Con carácter general, 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, pudiéndose convertir en un factor de ventaja, siendo bastante más útil para ambas partes.

3) Convendría introducir no sólo un enfoque más proactivo, esto es, preventivo, complementario del asistencial, sino también más participado, a través de una implicación en el proceso de la representación de las personas trabajadoras, conforme exige la OIT.

10. Compromisos de futuro: camino hacia la visibilidad social.



Precisamente, ciertas empresas, tras el proceso de investigación colaborativa, han decidido asumir **unos compromisos sociales más allá de sus obligaciones legales**, con el establecimiento de instrumentos formales de gestión proactiva de las adicciones del personal empleado, consensuadamente, como líneas futuras de acción factible y realizable, en línea al paradigma integral de empresa segura y saludable. Así:

A) Algunas de ellas incluso han dado ya el paso de certificarse como empresa saludable, según el paradigma de la ENWHP (es el caso de HEINEKEN).

B) Otras llevan tiempo con una práctica muy arraigada de gestión, superando claramente las previsiones convencionales disciplinarias y favoreciendo la seguridad en el empleo, pero no han conseguido todavía alcanzar un acuerdo formalizado, al persistir ciertas diferencias en el enfoque sobre el control de detección precoz. Por lo que dirección de empresa y representación sindical expresa su voluntad de promover un futuro acuerdo que favorezca una gestión preventiva (es el caso, por ejemplo, de TUSSAM).

C) En otros casos, los procesos de reestructuración profunda experimentados en estos años, pasando de una sociedad mercantil privada (capital mayoritario privado) a una sociedad municipal, habría obligado a dejar pendiente la actualización del protocolo de gestión proactiva inicialmente firmado. Superado el proceso y ya en actividad se comprometen a relanzar sus compromisos y modernizar el protocolo, también respecto de adicciones conductuales (por ej. LIMASAM, Málaga).

D) Finalmente, determinadas empresas, una vez han implementado un sistema de gestión de riesgos psicosociales, dentro de su política de seguridad y salud en el trabajo orientada al modelo "0 Accidentes" (como ya hizo NAVANTIA, entre otras), han decidido dar un paso más en su búsqueda del reconocimiento como una empresa saludable: implementar un plan de prevención e intervención sobre las adicciones en la empresa. Es el caso de SMURFIT KAPPA (Mengíbar, Jaén),

En efecto, se propiciará -en este último caso-, por vez primera, la formalización de un triple nivel de intervención:

- 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 laboral (prevención primaria).
- Aplicación de 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).
- Implementar programas de tratamiento (acompañamiento) en orden a la deshabituación, buscando la continuidad ocupacional posible y promoviendo el *retorno al estado de salud normalizado y al empleo* (prevención terciaria o asistencial).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA MAYOR INFORMACIÓN

- AA.VV. El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral, Asepeyo, Madrid, 2016.
- AA.VV. ESENER-2, España, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Luxemburgo, 2015.
- AA.VV. Guía del abordaje de las drogas en el ámbito laboral. Foment de Treball, 2014.
- AA.VV. Guía para la implantación de un plan de prevención de las adicciones en la empresa. Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales (OSALAN), 2014.
- AA.VV. Manual para la prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, Consejería para la Igualdad y Bienestar, 2001.
- AA.VV. Protocolo de intervención y prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT, 2014.
- AA.VV. SOLVE. Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo, OIT, Ginebra, 2012.
- 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.
- 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.; 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.





Junta de Andalucía
Consejería de Empleo, Formación
y Trabajo Autónomo

Instituto Andaluz de Prevención
de Riesgos Laborales