

ENPRESETAN DROGAMENDEKOTASUNEN PREBENTZIORAKO P L A N A K EZARTZEKO GIDALIBURUA



OSALAN

Laneko Seguratasun eta Osasunerako Euskar Eragundea
Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTÉ
POLITIKETAKO SALUA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Imprimatzailea: Garcinuño Comunicación Gráfica
Jon Arróspide, 11 - 2ª Planta • 48014 Bilbao

Lege Gordailua: BI-1421-2014

**ENPRESETAN
DROGAMENDEKOTASUNEN
PREBENTZIORAKO
P L A N A K
EZARTZEKO
GIDALIBURUA**

| | |
|--|-----------|
| 1.- HITZAURREA | 11 |
| 2.- DROGAK ETA LAN-MUNDUA | 15 |
| 3.- ARAU ESPARRUA | 23 |
| 1.- Nazioarteko araudia | 23 |
| 1.1.- Europar Batasuna | |
| 1.2.- Lanaren Nazioarteko Erakundea (LANE/OIT) | |
| 2.- Estatuko araudia | 26 |
| 2.1.- Espainiako Konstituzioa | |
| 2.2.- Zigor Kodea | |
| 2.3.- Langileen Estatutua | |
| 2.4.- Osasunaren Lege Orokorra | |
| 2.5.- Laneko Arriskuei Aurrea Hartzeko Legea | |
| 3.- EAeko araudi autonomikoa | 29 |
| 3.1.- 18/1998 Legea | |
| 3.2.- 7/2004 Legea | |
| 3.3.- 1/2011 Legea | |
| 4.- MENDEKOTASUNEN ARLOKO OINARRIZKO KONTZEPTUAK | 33 |
| 1.- Definizioak | 33 |
| 2.- Gai mendekotasun-sortzaileak | 37 |
| 2.1.- Gai mendekotasun-sortzaileen sailkapena | |
| 2.2.- Alkohola | |
| 2.3.- Gai mendekotasun-sortzaileak eta arriskuak | |
| 3.- Substantziarik gabeko mendekotasunak | 39 |
| 5.- EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO ENPRESETAN MENDEKOTASUNEI AURREA HARTZEKO PLANA | 41 |
| 1.- Lantaldea sortzea | 45 |
| 2.- Enpresaren egoera aztertzea | 46 |
| 2.1.- Kostua/etekina balioztatzea | |

AURKIBIDEA

| | |
|--|-----------|
| 2.2.- Aurreanalisi | |
| 2.2.1.- Abiapuntua | |
| 2.2.2.- Kontsumoa errazten duten faktoreak | |
| 2.2.2.1.- Lan-esparruaz kanpoko faktoreak | |
| 2.2.2.2.- Lan-esparruko faktoreak | |
| 2.2.3.- Mendekotasunetik babesten duten faktoreak | |
| 2.3.- Baliabideak | |
| 3.- Enpresan prebentzio-neurriak proposatzea | 51 |
| 3.1.- Helburuak definitzea | |
| 3.2.- Jarduera plana garatzea | |
| 3.2.1.- Lehen mailako prebentzioa | |
| 3.2.1.1.- Informatzea eta sentsibilizatzea | |
| 3.2.1.2.- Kontsumo-ereduak | |
| 3.2.1.3.- Enpresan ebaluatzea | |
| 3.2.2.- Bigarren mailako prebentzioa | |
| 3.2.2.1.- Kontsumoa hautemateko testa | |
| 3.2.2.2.- Mendekotasun-jokabideak hautemateko testa | |
| 3.2.2.3.- Alkohol-intoxikazio akuturako jarduera-protokoloa | |
| 3.2.2.4.- Prestakuntza- eta informazio-programak | |
| 3.2.3.- Hirugarren mailako prebentzioa | |
| 3.2.3.1.- Laguntza espezializatua eskuratzea | |
| 3.2.3.2.- Lanera itzultzea | |
| 4.- Proiektua onartzea | 61 |
| 4.1.- Iradokizunak kudeatzea | |
| 4.2.- Adierazpen formala | |
| 5.- Jarraipenerako eta ebaluaziorako sistema garatzea | 62 |
| 6.- EAEko LAGUNTZA-ZENTROAK | 65 |

Osalan - Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea sortu zuen legearen 4. artikulua Osalani esleitutako zereginetako bat «lan-arloko drogamenpeketasunak zaintzea» da, «sorgogarriek, bai eta alkoholak eta tabakoak ere, laneko segurtasun eta osasunean duten eraginari buruzko azterlan eta txostenak eginez».

Dela kontsumoa noizbehinkakoa, dela errepikatua, mendekotasunek hainbat ondorio sor dezakete lan-munduan: lan-istripuen kopurua handitzea, absentismo-tasa handitzea, baja-kopurua areagotzea, gaixotasun-bajak luzatzea, bai laneko gaixotasunen eta baita gaixotasun arrunten kasuan ere, etab. Ondoriook kontsumoaren mende dauden pertsonekin lotzen badira ere, haien kontsumoak beste pertsonen, instalazioen eta erakundearen beraren gain ere eragin dezake. Horregatik, garrantzitsua da lan-munduan mendekotasunen gain eragitea: dauden mendekotasunak murriztea edo ezabatzea eta mendekotasun berrien agerpenari aurrea hartzea.

Gidaliburuxka honen bidez, mendekotasunek eragindako arriskuak eta mendekotasun-ohiturak prebenitzearen garrantzia nabarmendu nahi da. Orobat, asmoa da enpresetan mendekotasunei aurrea hartzeko planak errazago ezarri ahal izatea eta tarteko eragile guztiek —enpresak, langileek, langileen ordezkariak eta prebentzio-zerbitzuaren esparru desberdinetako arduradunek— partekatutako erantzukizunak argitzen laguntzea.

Horretarako, koordinazio-ikuspuntu zabal batetik heldu beharko zaio arazoari, hari aurrea hartzea dela helburu, eta aintzat hartu beharko dira betekizunak, indarreko araudia eta tarteko pertsonal osoaren adostasuna. Halaber, auziari arduraz eta kontu handiz ekin beharko zaio, aldezturik gai honen zailtasunez oharturik eta lantoki bakoitzaren errealitate konkretuari egokituz.

Izaskun Urien Azpitarte

EGILEAK

María Jesús Martín Díez.

Lan-medikuntzan espezializatutako medikua. Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.

Maite Robertson Sangrador.

Medikuntza prebentiboko eta osasun publikoko mediku espezialista. Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.

Ana Rosa Zubia Ortíz de Guinea.

Lan-medikuntzan espezializatutako medikua. Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.

M^a Nieves de la Peña Loroño.

Lan Arriskuen Prebentziorako Teknikaria. Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.

KOORDINAZIOA

María Jesús Martín Díez.

Lan-medikuntzan espezializatutako medikua. Osalan-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea.

ESKERTZA

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Osasun Publikoaren eta Mendekotasunen Zuzendaritzari, Confebaski eta CCOOri, gida honen zirriborroari egindako kritika konstruktiboa dela-eta.

Maite Gómez Echevarriari, gida hau berrikusteagatik eta orientazio psikosoziala emateagatik.

Osalaneko Laneko Osasunerako Unitateko eta Zerbitzu Zentraleko lankideei, gida hau bukatu ahal izateko egindako ekarpen garrantzitsuengatik eta eskainitako laguntza ezin baliotsuagoarengatik.

1. HITZAURREA

Gure ingurunean, mendekotasunek osasun publikoko arazo larria taxutzen dute. Azken hamarkadetan etengabeakoak izan dira kontsumo-ereduen aldaketak eta, aldi berean, nekezago bihurtu dira kontsumoaren gain eragiteko jarduerak; izan ere, etengabe agertu dira droga eta substantzia berriak, zeinen eraginak, askotan, gutxi ezagutzen baitira. Gainera, ikusi ahal izan denez, badira substantziarik gabeko mendekotasunak ere.

Dela kontsumoa noizbehinkakoa, dela errepikatua, lan-munduan mendekotasunak daudenean, mendekotasunok osasun- eta segurtasun-arriskuak dakarzkiete langileei.

DROGEI BURUZKO ESTATU PLANAK (1) osasunaren ikusmolde integrala duenez, barne hartzen du lan-osasuna ere.

EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO VI. MENDEKOTASUN-PLANAK (2) jasotako ekintzen artean lan-esparruko kultura prebentiboa sustatzea dago, ez langileen arteko harremanak, ez eta langile eta enpresa-zuzendaritzaren artekoak, oztopatuko ez duten neurri prebentibo unibertsal batzuk indartzuz.

EUSKADIKO 2013-2020 OSASUN-PLANAK (3) Lehentasunezko Arlo gisa jasotzen ditu osasuna eta ingurune eta bizimodu osasungarriak sustatzea, tabakismoaren, alkohol-kontsumoaren eta bestelako mendekotasunen aurkako neurrien bidez.

Beraz, Lan Arriskuak Prebenitzeko Legea garatzean eta ezartzean, beharrezkoa da mendekotasunekin eta haien prebentzioarekin lotura duen zernahi sartzeari. Berebat, lan-esparruan, osasuna sustatzeaz gain, ingurune eta ohitura osasungarriak erraztu beharko dira.

Osalan - Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea Eusko Jaurlaritzako organo bat da, laneko segurtasun-, higiene-, ingurune- eta osasun-arloko politikak kudeatzeko ardura duena eta zeinaren zereginetako bat «lan-arloko drogamenpekotasunak zaintzea» baita, «sorgogorriek, bai eta alkoholak eta tabakoak ere, laneko segurtasun eta osasunean duten eraginari buruzko azterlan

eta txostenak eginez» [Osalan Sortzeko Legea (4), 4. artikulua]. Osalaren politikak lan-inguruneari berezkoak zaizkion arriskuen kausak errotik ezabatzea edo murriztera zuzenduta daude.

Hainbat arrazoik justifikatzen dute enpresa barruan mendekotasunak prebenitzeko esku-hartzea:

- biztanleen artean nagusi diren kontsumoak enpresako langileen artean nagusitzen direla ere.
- esku-hartzearen helburu diren biztanleei denboran jarraiak diren prebentzio-programak eskaini ahal zaizkiela.
- lantokian elkarrekin igarotzen den ordu-kopurua, eta ordutegi hori langileen ordutegiarekin bat etortzen dela.
- enpresetan prebentziorako azpiegitura eskuragarri dagoela.

Hori guztia dela-eta, zeharo garrantzitsua da enpresaren arrisku-prebentziorako planak aintzat hartzea mendekotasunen eragin kaltegarri posibleak, direla enpresaz kanpoko eragileek sortutakoak, direla lan-esparruko eragileen ondoriozkoak, direla bietarikoak. Mendekotasunak prebenitzeko politikak eta ohitura osasungarriak sustatzekoak prebentzio kolektiboko neurrietan zehaztuko dira; haien xedea mendekotasunak saihestea, murriztea edo ezabatzea izango da. Horretarako, beharrezkoa da neurriok, alde batetik, enpresako zuzendaritzaren babesaren eta enpresa osoaren parte-hartzea izatea, eta, bestetik,

mendekotasun-arazoak dituen langileari tratamendura joatea erraztea eta sustatzea; betiere, noski, langileak hala eskatuko eta onartuko balu. Esku-hartze oro denboran jarraitua eta ebaluagarria izan behar du.

Gida honek azaltzen du zeintzuk diren kontsumoak eragindako arriskuak eta zein garrantzitsua den enpresetan mendekotasun-jokabideei aurrea hartzea; enpresetan prebentzio-planak errazago ezartzeko tresna bat izatea du **helburu**.

Enpresetan mendekotasunei aurrea hartzeko plana garatzeko, ardura eta kontu handiz jokatu behar da, gaiari ikuspuntu zabal batetik eta ikusmolde prebentibo batetik helduz. Hala, aintzat hartu behar da zein eskakizun bete behar diren, zein den indarreko araudia eta tarteko langile guztiaren adostasuna lortu behar dela. Orobat, kontuan hartu behar da ez dagoela formula sinplerik enpresetan mendekotasunari aurrea hartzeko eta lantoki bakoitzaren errealitatea desberdina dela.



2. DROGAK ETA LAN-INGURUNEA

LSHINak emandako datuen arabera, Euskadin 934.419 lanegun — hau da, 44 milioi euro— galdu ziren substantzien lan-inguruneko kontsumo desegokia zela medio.

Lan-esparruko kontsumo desegokiak beste hainbat ondorio ere eragiten dit. Esaterako:

Substantzien kontsumo desegokia¹ duen langile baten absentismo-maila 3-4 aldiz handiagoa da kontsumo arazotsurik² gabeko langile baten aldean.

«Gehiegizko edale»³ gisa sailkatutako pertsona batek, oro har, bi aldiz gehiago huts egiten du lanera gaixotasunak direla-eta, eta hiru aldiz gehiago gaixotasun arruntak direla-eta; batez beste, 45 bat lanegun galtzen ditu urtean.

Drogen eraginpean dauden pertsonak hiru aldiz ere maizago izan ohi dituzte lan-istripuak.

Enpresaren produktibitatea ere murriztu daiteke; izan ere, substantziak kontsumitzeak lanaren etekinaren gain eragiten du: taldean lan egiteko zailtasunak sortzen ditu, etenaldi- eta absentzia-kopurua handitzen, kalitate gutxiagoko lana egiten da eta enpresa barruko mugikortasunerako aukerak gutxitzen ditu.

¹ Kontsumo desegokia: drogen erabilera desegokia, hau da, nerbio-sistema zentralaren (NSZ) gain eragiten eta pertsonen jokaera baldintzatzen duten substantzia kimikoak hartzea sendagileak hala agindu gabe.

² Droga-kontsumo arazotsua: hau da, kontsumo errepikatu bat, kontsumitzen duen pertsonari eta haren inguruneari kaltegarriki eragiten diona. Esaterako, osasun arazoak sortuz (mendekotasunaren seinaleak eta sintomak bane), pertsonarteko harremanetan arazoak sortuz, betebeharrak ez betetzea eraginez etab.

³ Gehiegizko edaleak beren erkidegoko batezbesteko kontsumoa gaintzen dutenak dira. Alkoholikoak, aldiz, gehiegizko edale hauek dira, zeinek alkoholarekiko benetako mendekotasun-harreman bat baitute, alkohol-kontsumoa ezabatzea eragozten diona.

LANEren datuen arabera (5), langileen % 10ek ditu mendekotasun-arazoak; langile horietan eragiten dituzte, ordea, langile-arazoak % 80. Era berean, kontsumoa laneko giroa eta enpresaren irudia hondatzearen arrazoia izan daiteke.

Kontsumoa lanpostuaren eta enpresaren jarduera ekonomikoaren arabera da; desberdintasunak ageri dira, halaber, sexua aintzat hartzen denean. Badirudi gizonen artean alkohol-kontsumo handiagoa dutela zuzendaritza- eta kudeaketa-lanak egiten dituztenek, beste lanbide-kategoriako langileen aldean; jardura ekonomikoari bagazkio, berriz, nabarmena da etxegintza-sektoreko langileen alkohol-kontsumo altua.

Emakumezkoen kasuan substantzia ilegalen kontsumoan ohar gaitzke alde handiagoaz, eta eskulangileak dira gai mendekotasun-sortzaile gutxien kontsumitu ohi dituztenak. Garraioan, ostalaritzan eta merkataritzan diharduten emakumeak izan ohi dira kanabisaz bestelako legez kanpoko substantziaren bat gehien kontsumitu ohi dutenak. EDADES 2011-2012 inkestaren Lan Ataleko (6) emaitzek erakusten dutenez, hipnolasaigarriena izan ezik, beste substantzia guztien kontsumoa beheratu da. Joera hori berresten du, halaber, Euskadi eta Drogak 2012 (7) inkestak.

Estatu-mailako EDADES inkestaren datuek erakusten dutenez, Espainiako biztanleen artean, gaur egun, gizonen artean emakumeen artean baino hedatuagoa dago legezko zein legez kanpoko drogen kontsumoa. Salbuespen bakarra hipnolasaigarriak dira; izan ere, halako substan-

tziak kontsumitzen dituzten emakumeen porzentajeak gizonenak baino bikoizten du (8).

• **Alkohola**

EAEen gehien kontsumitzen den gai mendekotasun-sortzailea alkohola da. Alkoholaren kontsumoa, gainera, "normalduta" dago gure gizartean eta beste gai mendekotasun-sortzaileak kontsumitzea baino arrisku gutxiago ikusten zaio: inkestatutako pertsonen erdiek baino gutxiagok uste du asteburuan bospasei kopa edateak arazoak leharkeela. (Euskadi eta Drogak 2012) (7).

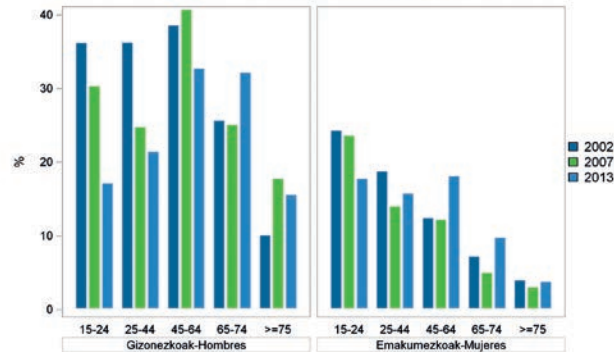
EAEko gizonen % 63k eta emakumeen % 38k zioen azken hamabi hilabeteetan egunero kontsumitu zuela alkohola (EAEI 2012). 2012an, arrisku handiko alkohol-kontsumitzaileen prebalentzia —hots, epe luzera osasun-arazoak izan ditzaketen kontsumitzaileena— % 25koa izan zen gizonen artean eta % 15koa emakumeen artean (EAEI 2013). (9)

Eguneroko alkohol-kontsumo intentsiboaren —hots, epe motzean alkohol-kopuru handia hartzearen— maiztasuna % 1,3koa izan zen euskal gizonen artean (% 2,6koa 45-64 urte artekoentzat) eta % 0,2koa euskal emakumeen artean.



Alkoholaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del consumo de alcohol según la edad, 2002-2013

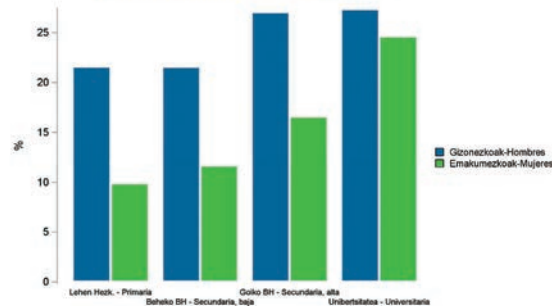
Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia
 Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo



Arrisku handiko alkohol-kontsumoak —hau da, kontsumitzaileari ondorio kaltegarriak eragiteko arriskua areagotzen duen kontsumo-moldeak—, gora egiten du ikasketa-mailarekin batera, bai emakumeen artean eta baita gizonen artean ere (EAEOI 2013).

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo de alcohol por nivel de estudios, 2013

Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia*
 Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo*

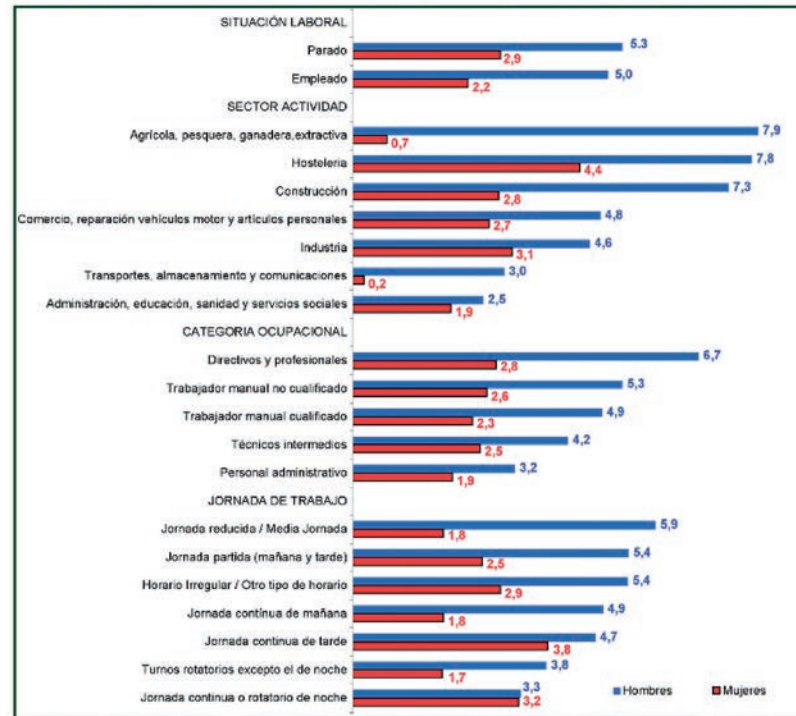


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011



Drogei buruzko Espainiako Behatokiak etxez-etxeko inkesta bat egiten du bi urtean behin, estatuko alkohol- eta beste drogen kontsumoari buruz (EDADES). 2007-2008 denboraldiari zegokion inkestan, langileei buruzko atal espezifiko bat sartu zen. Azterlan horrek ondorioztatu zuenez, gizonen artean, arrisku handiko eguneroko alkohol-kontsumoa (>50 cc/eguneko) ohikoagoa zen zuzendari/profesionalen artean. Emakumeen artean, ordea, txikiagoak izan ziren jarduera-motek eragindako aldeak eta ez zen alde esanguratsurik topatzen, ezta ere, adinaren, ikasketa-mailaren, egoera zibilaren eta jatorrizko herrialdearen arabera doitu ondoren (salbuespena eskulangileak izan ziren; izan ere, zuzendari eta profesionalak baino nabarmenki gutxiago kontsumitzen zuten).

Porcentaje de población laboral con consumo de ALCOHOL DE ALTO RIESGO (> 50cc/día hombres y > 30 cc/día mujer) según las variables laborales y distribuido por sexo, España 2008.



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES-2007-08. Observatorio Español sobre Drogas.

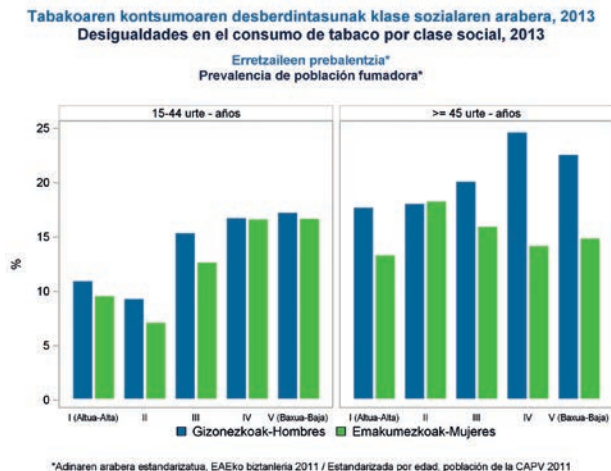
• Tabakoa

EAEOI 2012ko (9) datuen arabera, azken urteotan nabariki beheratu da tabako-kontsumoa euskal biztanleen artean, hala eguneroko erretzaileen artean, nola noizbehinkakoen artean ere. Kontsumo-beherakada hori tabakoaren aurkako Legearen eraginari eta gauzatutako prebentzio- eta sustapen-ekintzei lotzen zaie.

Datu berberak erakusten dutenez, antzeko zerbait gertatu da lanean eta ostalaritza-guneetan tabako-kearekiko esposizio pasiboari dagokionez, oso agerikoa baita arlo horretan jazotako beherakada. 2002an, gizonen % 25 eta emakumeen % 18 zegoen lantokian tabako-kearen esposiziopean; gaur egun, gizonen % 6 eta emakumeen % 3 baino ez dago egoera horretan.

Erretzaileen ehunekoa asko aldatzen da adinaren arabera (EAEOI 2012).

Gora egiten du, halaber, desberdintasun sozioekonomikoak tabakoaren kontsumoan duen eraginak; hala, prebalentzia handiagoa da gizarte-egoera ahulagoko taldeen artean; bereziki, emakume gazteen kasuan (EAEOI 2012).



• Kanabisa

Euskadi eta Drogak 2012 (7) inkestak erakusten du EAEko kanabis-kontsumoaren tasak Estatu espainiar osoan erregistratutako tasen azpitik daudela —duela gutxiko kontsumoari (azken 12 hilabetetan), gaur egungo kontsumoari (azken 30 egunetan) eta eguneroko kontsumoari dagozkienak, behinik behin—. Aurreko inkestan, 2010 urtekoan, alderantziz gertatzen zen. Biztanleen % 1,7 eguneroko kontsumitzailetzat jo zitekeen. Duela gutxiko kanabis-kontsumoaren EAEko tasak, hala ere, EBko altuenak izan ziren.

• Legez kanpoko drogak, kanabisa izan ezik

Euskadi eta Drogak 2012 inkestaren arabera, argi dago euskal gizartean gutxiengo batek kontsumitzen dituela legez kanpoko drogak:

- biztanleen % 8,6k adierazi zuen noizbait halako substantziaren bat probatu duela,
- noizbehinkako kontsumoa oso aldakorra eta substantziaren araberakoa da
 - % 6,5ek adierazi zuen noizbait *speeda* edota anfetaminak kontsumitu dituela,
 - % 5,5ek kokaina
 - % 2,7k LSDa edota beste substantzia haluzinogenoak
 - % 2,2k estasia
 - gainontzeko substantzien kontsumo esperimentalen prebalentzia % 2 baino gutxiagokoa izan zen.

• Psikofarmakoak

Halako substantzien barruan hipnolasaigarrien kontsumoa da nabarmengarria. Izan ere, EAEn hirugarren postuan dago hipnolasaigarrien kontsumoa, alkohol- eta tabako-kontsumoaren atzetik.

Emakumezkoek gizonezkoek baino hipnolasaigarri gehiago kontsumitu ohi dituzte (azken urtean, emakumezkoen % 15,3k hartu ditu, gizonezkoen % 7,6ren aldean). Hipnolasaigarrien kontsumoak gora egiten du adinak gora egin ahala.

Euskadi eta Drogak azterlanean jasotako gorabideko mendekotasunak.

• Jokoa

Joko patologikoa mendekotasun-jokabide bat da, jokora bultzatzen gaituen mekanismoaren kontrol-galera progresiboak ezaugarritzen duena; galera horrek kalte nabarmena eragiten du esparru pertsonalean, familiarean, esparru sozialean eta lan-esparruan. Egon, ez dago lanbide baten eta joko-maila handiago baten arteko harreman-eredu bereizgarririk (10 eta 11).

Kalkulatzen denez, Euskadin biztanleen % 2,8 inguruk agertzen du jokoari lotutako arriskumotaren bat eta biztanleen % 0,3k gehiegizko jokozaletasuna edo jokozaletasun arazotsua izan dezakeela jo daiteke (Euskadi eta Drogak 2012) [9].

3. ARAU ESPARRUA

Mendekotasuna sortzen duten substantzien kontsumoari lotutako prebentzio- eta laguntza-programak ezartzeko, badira nazioarteko, nazio-mailako eta erkidego-mailako araudiak.

Jarraian, labur-labur azalduko dira lan-munduan mendekotasun-arazoei buruzko jarduerak aurreikusten dituzten lege- eta arau-testuak.

1.- NAZIOARTEKO ARAUDIA

1.1.- EUROPAR BATASUNA

- **302/93 (EEE) Erregelamendua**, zeinaren bidez Drogen eta Toxikomanien Europako Behatokia eratzen baita.
- **Kontseiluaren 89/391 EEE Esparru Zuzentaraua**, 1989ko ekainaren 12koa, lantokian langileen segurtasuna eta osasuna hobetzeko neurriak ezartzeari buruzkoa (1989.06.29ko EEAO, 1983/L zk.). Zuzentarauak harreman sindikalen eredu berri bat planteatzen du; hain zuzen, lan-munduko eragile desberdinen artean, lantokietako osasun- eta segurtasun-auziei buruzko elkarriketa irekia izatearen aldekoa.

1.2.- LANAREN NAZIOARTEKO ERAKUNDEA (LANE/OIT)

- **LANEren 155. hitzarmena**, lan-ingurunearen eta langileen segurtasunari eta osasunari buruzkoa.
- Enpresatan alkoholismoak eta drogamendekotasunak sortutako arazoei heltzeko LANEk emandako gomendioa, Alkohola eta Drogak Lantokian, non ildo hauek zerrendatzen baitira:

- Drogen kontsumoari buruzko politikek eta programek lantokian substantzia horien erabilerari lotutako arazoak prebenitu, murriztu eta landu beharko lituzkete.
- Gomendioak lanpostu-mota guztiei, publikoei nahiz pribatuei, aplikatu behar zaizkie.
- Lan-esparruan drogekin erlazionatutako politika eta legediak ezartzeko, aldez aurretik enpresa- eta sindikatu-erakundeekin kontsultatu beharko litzateke.
- Droga-kontsumoari lotutako arazoak osasun-arazo gisa hartu beharko lirateke eta lanean hala tratatu beharko lirateke, inolako bereizkeriarik gabe.
- Enpresa- eta sindikatu-erakundeek elkarrekin ebaluatu beharko lituzkete droga-kontsumoak lantokian eragindako efektuak, eta, elkarrekin ere, enpresarako idatzizko politika bat prestatu beharko lukete.
- Enpresa-erakundeek, langileekin eta langileen ordezkariekin elkarlanean, bitarteko egingarriak abiarazi beharko lituzkete droga-kontsumoei lotutako arazoan gain eragiten duten lan-baldintzak identifikatzeko eta halakoak prebenitzeko edo zuzentzeko neurriak hartzeko.
- Enpresagintzan, beste langile guztiei ezartzen zaizkien alkohol-murriztapen berberak ezarri beharko litzaizkieke zuzendaritzako langileei ere.
- Lantokian segurtasuna eta osasuna sustatzeko aldera, drogen inguruko informazio-, heziketa-, eta trebakuntza-programak gauzatu beharko lirateke; ahal den heinean, programa horiek osasun-programa zabalagoetan txertatu beharko lirateke.
- Enpresa-sektorean, droga-kontsumoek eragindako arazoan inguruan jakinarazitako informazio guztiaren isilpekotasuna bermatzeko sistema bat ezarri beharko litzateke. Era berean, langileei isilpekotasun horren salbuespenen berri eman beharko zaie.
- Substantzien kontsumoa zehazteko egiten diren toxikologia-analisiak arazo moral eta etikoak planteatzen dituzte; hortaz, erabaki beharko da noiz diren bidezkoak eta egokiak.
- Lana faktore garrantzitsua da droga-kontsumoei lotutako arazoak errazago gainditzeko; tarteko alderdi guztiak jabetu behar dira lantokiak garrantzi handia duela kontsumo-arazoak dituzten pertsonen laguntzeko garaian.



- Langilerik baldin badago droga-kontsumoen ondoriozko arazoak tratatzeko eta errehabilitatzeko laguntza jaso nahi duena, orduan, kontratatzaileak ez luke langile hori bereizkeriaz tratatu behar; langile horrek bere lanpostuan segurtasuna eduki eta bere lankideen adinako aukerak izan beharko lituzke lekualdatzeko eta profesionalki gora egiteko.
- Droga-kontsumoen ondoriozko arazoek eragindako lan-jokabide desagokiak zigortzeko aginpidea onartu beharko litzaieke kontratatzaileei. Dena dela, diziplina-zko zigorra ezartzea baino, hobe da halako pertsonak laguntza-, tratamendu- eta errehabilitazio-zerbitzuetara bideratzea. Pertsona horiek ez balute tratamenduarekin bete-betean kolaboratuko, orduan, enpresaburuak dagozkion diziplina-neurriak hartu ditzake.
- Enpresa-sektoreak, estatu bakoitzaren barne-legediari jarraiki, bereizkeria ezaren printzipioa aplikatu beharko lieke droga kontsumitzen duten edo zuten langileei.

2.- ESTATUKO ARAUDIA

2.1.- 1978ko abenduaren 27ko **Espainiako Konstituzioa** (1978.12.29ko BOE).

Nazio-legediaren oinarritzko testua, pertsonen funtsezko eskubideak zehazten dituena:

- 14. artikulua: Berdintasunaren eta bereizkeria ezaren printzipioak bermatzen ditu.
- 18. artikulua: Norberaren intimitaterako eskubidea eta bizilekuaren bortxaezintasuna bermatzen ditu.
- 35. artikulua: Nahi den lanbidea edo ofizioa aukeratzeko eskubidea eta lanaren bitartez maila goratzeko eskubidea bermatzen ditu.
- 40. artikulua: Lanbide-heziketa sustatzeko eta laneko segurtasunaz eta higiena zaintzeko agintzen die herri-agintariei.
- 41. artikulua: Beharaldietarako gizarte-laguntza eta gizarte-prestaziorik aski dagoela bermatzeko agintzen die botere publikoei.
- 43. artikulua: Osasunaren babeserako eskubidea aitortzen da.
- 129. artikulua: Enpresan parte-hartzeko moduak sustatzera behartzen ditu botere publikoak.

2.2.- ZIGOR KODEA (ZK)

- **ZKren 314. artikulua**, zeinean hau jasotzen baita: «Norbaitzuek, enplegu publiko nahiz pribatuan, pertsona baten aurka bereizkeria larria sortarazi eta, administrazio-aginduen edo -zehapenaren ondoren, legearen aurreko berdintasun-egoera berrezartzen ez badute, horrek ondorioztatu dituen kalte ekonomikoak konponduz, hain zuzen, bereizkeriaren arrazoi direla [...] gaixotasun edo elbarritasunen bat izatea [...], orduan, halakoei sei hilabetetik bi urte arteko espetxealdi-zigorra edo sei hilabetetik hamabi arteko isuna ezarriko zaie». Beraz, ez da bereizkeria soila zigortzen, baizik eta bereizkeria larriko kasuak.
- **ZKren 316. artikulua**. «Norbaitzuek, laneko arriskuei aurrea hartzeko arauak hautsiz eta legez horretarako betebeharra izanik, beharrezko bideak ez badituzte errazten, langileek euren jarduera egikari dezaten segurtasun eta higieneko neurri egokiekin, betiere langileen bizia, osasuna edo osotasun fisikoa arrisku larrian jartzen dutenean, orduan, halakoei sei hilabetetik hiru urte arteko espetxealdi-zigorra ezarriko zaie, bai eta sei hilabetetik hamabi arteko isuna ere».
- **ZKren 317. artikulua**. Aurreko artikuluan aipatzen den delitua zuhurtziagabekeria astunaren ondorioz egiten denean, berari dagokion zigorra baino gradu bat gutxiagokoa ezarriko zaio.

2.3.- LANGILEEN ESTATUTUA

- **1/1995 Legegintzako Errege Dekretua**, martxoaren 24koa, Langileen Estatutuaren Legearen testu bategina onartzen duena (1995ko martxoaren 29ko BOE, 75. zk.).
- **54.2 artikulua**: Kontratua ez betetzea da honako kasu hauetan adierazitakoa:
 - a) Sarri eta arrazoirik gabe lanera ez joatea, edo puntualtasun-hutsak egitea.
 - b) Lanean diziplinarik ez izatea edo laneko desobedientzia.
 - c) Enpresaburuari edo enpresan lan egiten duten pertsoneri berbazko irainak esan edo irain fisikoak egitea
 - d) Kontratuko fede ona urratzea, eta lana betetzean konfiantza-abusuz jokatzeko.
 - e) Laneko errendimendua etengabe eta nahita murriztea.
 - f) Sarri mozkortuta edo toxikomaniak jota egotea», lanerako ondorio negatiboak baititu.

2.4.- OSASUNAREN LEGE OROKORRA

Apirilaren 25eko 14/1986 Legea, Osasunaren Lege Orokorra (1986.04.29.ko BOE, 15207 zk.). Adierazten du osasun-zerbitzuek herritar orori (langileak barne) hauek bermatzeko ardura dutela:

- Osasuna sustatzea.
- Gaixotasunen prebentzioa.
- Lurralde- eta gizarte-desorekak gainditzea.
- Osasun-arazo bati lotutako informazio ororen isilpekotasun-eskubidea.
- Osasun-agintariek gai toxikoei buruzko legeak egiteko eta betearazteko proposamenak luzatuko ditu eta xede horrekin beste sailekin elkarlanean arituko dira.

2.5.- LANeko ARRISKUEI AURREA HARTZEKO LEGEA

Espanian, Lan Osasunari buruzko indarreko legea ekainaren 20ko **1/1994 Legegintzako Errege Dekretua** da, zeinaren bidez hauek onartzen baitira: **Gizarte Segurantzaren Lege Orokorren testu bategina; 31/1995 Legea, Lan Arriskuei Aurrea Hartzekoa** (1995.11.10eko BOE, 269. zk.), eta **urtarrilaren 17ko 39/1997 Errege Dekretua, Prebentzio Zerbitzuak onartzen dituena** (1997.01.31ko BOE, 27. zk.).

Drogen kontsumoari lotutako arazoek bai langileei, bai eta enpresari ere, eragiten dien errealitatea taxutzen dute; beraz, **gaixotasun profesionalak edo lanaren kausazko eta ondoriozko gaixotasunak prebenitzeko jardueren** esparruan tratatu daitezke.

Hortaz, osasuna sustatzeko eta drogen arloan laguntzeko eta prebenitzeko langileei zuzen-

duko lan-programak indarreko legedian oinarritzen dira:

- Osasunari eta ongizateari eragiten dioten arazoan agerpena prebenitzeko.
- Gerora ager daitezkeen arazoak detektatzeko eta, horrela, arazoei modu goiztiar eta pertsonalizatu batean ekiteko.
- Tratamendua emateko langile horiei, zeinei alkoholarekiko eta tabakoarekiko duten mendekotasunak osasun kalte larriak ekar baitiezazkieke.
- Alkoholiko baten kasuan, aurrera eramandako eskuhartze pertsonalizatuaren isilpekotasuna bermatzeko.

1996ko otsailean, indarrean sartu zen azaroaren 8ko 31/1995 Legea, Lan Arriskuei Aurrea Hartzeari buruzkoa. Legeak gure zuzenbidera egokitzen ditu nazioarteko organismoen gomendioak, EBko Arau Esparrua, Konstituzioa eta Langileen Estatutua.

Lan-arriskuak prebenitzeko politika koherente, koordinatu eta eraginkor baten esparruan, Legeak oinarritzko berme- eta ardura-multzoa zehazten ditu: lan-baldintzek eragindako arriskuaren aurrean langileen osasunari babes-maila egokia eskaintzeko beharrezkoa den corpusa. Aurrerapauso garrantzitsua da; izan ere, era zabalean garatzen du PREBENTZIO kontzeptua eta enpresa guztia egiten du kontzeptuaren partedun.

Legearen 15.1. artikulua enpresa-egitasmoa diseinatzen den unetik beretik PREBENTZIOA PLANIFIKATZEKO betekizuna ezartzen du. Horretarako, enpresaren arriskuen hasierako zenbatespena egin, eta esku-hartzeko plan bat prestatu behar da. Enpresaburuaren erantzukizuna da, prebentziorako jardunbide bat garatuz, enpresako langileen segurtasuna eta osasuna bermatzea.

Nahiz eta ez diren esplizituki aipatzen lan-inguruneko edo langileen arteko droga- eta alkohol-kontsumoa, lan-inguruneko arrisurfaktore bat da mendekotasunek pertsonen gain eta haien gaitasunen gain duten eragina. Orobat, prebentzio-lanaren helburua da lan-baldintzak hobetzea segurtasunari, industria-higieneari, ergonomiari eta psikosozilogiari dagokionez; ondorioz, lanaren efektu jakin batzuk gutxitzen lagunduko luke ere. Izan ere, zenbaitetan efektuok mendekotasuna eragin dezakete defentsa-mekanismo gisa eta mendekotasun horrek enpresari ere ondorioak ekar diezazkioke.

3.- ARAUDI AUTONOMIKOA (EAE)

3.1.- 18/1998 Legea, ekainaren 25ekoa, droga-mendekotasunen arloko aurrezaintza, laguntza eta gizarteratzeari buruzkoa.

Legearen helburu nagusia da, Autonomia Estatutuak Euskal Autonomia Erkidegoaren esku jartzen dituen eskumenen barruan, eta

lurralde-eremu horretarako, hainbat jarduera arautzea; hain zuzen ere, droga-mendekotasunei aurrea hartzeko eta droga-mendekoak laguntzeko eta gizarteratzeko, bai eta droga-kontsumitzaile ez diren pertsonak babesteko ere beste batzuen droga-kontsumoak eragin diezazkiekeen kalteez.

• 4. artikulua.- Elkarte-aurrezaintza.

- Horretarako:

- a) Drogamenpekotasunei aurrea hartzeko elkar-te-aurrezaintzarako programak garatzea bultzatuko dute.
- b) Lege honetako 37.1 artikuluan araututako Drogamenpekotasunen Planetik sortutako aurrezaintzako programak eta jarduerak bultzatu, koordinatu eta, beharrezkoa bada, betearaziko dituzte ikastetxeetan, gazte-, kultur eta kirol-elkar-teetan eta profesional-taldeetan, ***bai eta lantokietan ere.***

• 5. artikulua.- Informazioa.

- Lan-administrazioak, Osalaren bidez, lan-munduan drogak kontsumitzeak dakartzan ondorioei buruzko informazio- eta prestakuntza-jarduerak burutuko ditu langileentzako, sindikatu-etako ordezkari-entzako eta enpresari-entzako. Era berean, enpresek beren aldetik informazio-ekintzaren bat aurrera eramaten baldin badute, laguntza emango die horiei lan-administrazioak.

• 9. artikulua.- Lan-esparrua.

Euskal Autonomia Erkidegoko lan-administrazioak, Osalan-en bidez, eta administrazio publikoetako kudeatzaileekin, enpresariekin eta enpresarien elkarteekin nahiz sindikatuekin batera, lan-mundurako aurrezaintzako programak sustatuko ditu, batez ere azaroaren 8ko 31/1995 Legean, Laneko Arriskuei Aurrea Hartzeari buruzkoan, aurreikusitako zerbitzu eta jardueren esparruan, eta bertan zehaztutako moduan.

Era berean, laguntzako eta gizarteratzeko programa publikoetan enpresek ere lankidetzan jardutea bultzatuko du.

• 33. artikulua- Gizarteratzeko oinarriko printzipioak eta jardunbide-irizpideak.

Gai horri lotuta, gizarte-zerbitzuek lehentasun hauek izango dituzte:

c) Droga-mendekoei lan-munduan sartzen laguntzeko, pertsona horiek lanen bat aurkitzeko duten aukera areagotzeko programak aurrera eramatea. Bereziki era honetako jarduerak bultzatuko dira: enplegua lortzeko plan pertsonalak, lan egiteko norberaren ezaugarriak garatzea, lanbideei buruzko informazioa ematea enplegua lortu ahal izateko, eta lana lehiatsu bilatzeko teknikak. Era berean, droga-mendekoak trebatzeko eta lan-munduan errazago sartzeko prestakuntza-planak ezarriko dira.

3.2.- 7/2004 Legea

Eusko Jaurlaritzak 2003ko ekainaren 17ko bilkuran onartutako 18/98 legearen bigarren aldaketak 37. artikulua berridaztea proposatzen du; hala, Drogamenpekotasunen Planaren iraunaldia 5 urtera luzatzen du, 18/98 Legean jasotako hirurteko planez bestera. Artikulu horretan, Eusko Jaurlaritzari «Drogamenpekotasunen Plana egiteko eta Eusko Legebiltzarrari bidaltzeko» mandatua ematen dio «[Eusko Legebiltzarrak] bost urtean behin, onar dezan. Plan horretan Euskal Autonomia Erkidegoko administrazioek [...] burutu behar dituzten programak eta ekintzak jasoko dira modu koordinatu eta orokorrean. Jarduera horiek aurrezaintza, laguntza eta gizarteratzeko arlokoak izango dira».

3.3.- Otsailaren 3ko 1/2011 Legea

Legea Droga-mendekotasunen arloko Aurrezaintza, Laguntza eta Gizarteratzeari buruzko Legearen hirugarren aldaketa da.

• **13. artikulua.** Edari alkoholduen iragarkiek bete beharreko baldintzak.

3. Ez da elkarri lotuta agertu beharko edari alkoholduen kontsumitzea eta etekin fisikoa hobetzea, ibilgailuak gidatzea edo armak erabiltzea. Era berean, iragarkiek ez dute kontsumo horrek gizartean edo sexuaren arloan arrakasta dakarren itxura eman beharko, edo sendatzeko, bizkortze-

ko edo lasaitzeko gaitasuna duela adierazi beharko; arazoak konpontzeko bide bat denik ere ezin izango dute adierazi. Kontsumo hori ezin izango da lotu hezkuntzaren, osasunaren edo kirolaren arloko jarduerekin.

4. Ezin izango dute edari alkoholduen kontsumo neurrigabea bultzatu, ez eta ez edatea edo edan gabe egotea gauza txarra balitz bezala agertu ere. Bestalde, edari batzuek duten alkohol-kopuru handia ezin izango da ezaugarri positiboa balitz bezala nabarmendu.

Gaur egun, Eusko Jaurlaritza mendekotasunei buruzko lege berria garatzen ari da. Lege hori zirriborro bat da oraindik; baliteke, ordea, lege berriak gida honetan jasotako zenbait alderdi aldaraztea.

4. MENDEKOTASUNAREN ARLOKO OINARRIZKO KONTZEPTUAK

Atal honetan mendekotasunen arloan sarrien erabiltzen diren kontzeptuak definituko dira; hartara, kontzeptuok zehazki erabili ahal izateko. (12 eta 13)

1.- DEFINIZIOAK

• MENDEKOTASUNA

Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) arabera, gaixotasun fisiko eta psikoemozional bat da, sustantzia, jarduera edo harreman batekiko mendekotasuna edo haren premia sortzen duena. Sintoma- eta seinale-multzo batek ezaugarritzen du; tartean, faktore biologiko, genetiko, psikologiko eta sozialen eragina dago.

Mendekotasun-trastornoek, kimikoen zein psikologikoen, bi osagai oinarrizko dituzte: kontrol-gabezia eta mendekotasuna.

• DROGA

Substantzia oro zeina, organismo bizidun batean sartuz gero, organismoaren funtzio bat ala gehiago alda baitezake eta mendekotasuna sor baitezake. Efektu horiek lortzeko eta, zenbaitetan, efektuon gabeziak ekarritako ondoreza saihesteko, substantzia hori era jarraituan edo aldian behin hartzeko irrika da mendekotasunaren ezaugarria. (OME, 1975) (14).

Droga gai kimiko bat da. Haren efektuak, direla berehalakoak, direla epe luzekoak, bai drogaren erabileraren, bai eta norbanakoaren ezaugarrien eta ezaugarri soziokulturalaren araberakoak dira.

• DROGA PSIKOTROPIKOAK

Nerbio-sistema zentralaren (NSZ) gain eragin dezaken gai kimiko oro da droga psikotropiko bat. Bakoitzak eragin jakin batzuk ditu. *I. Taulan*, drogen eta haien eraginaren sailkapen eskematiko bat azalduko da.

• SENDAGAIK

Erabilera terapeutikora bideratutako substantziak dira; gaixotasun bat prebenitzeko eta sendatzeko edota erritmo biologikoak kontrolatzeko erabiltzen dira, betiere helburu medikoekin eta osasunera bideratuak badaude. Halakoak dira lasaigarriak, hipnotikoak, etab.

• ERABILERA

Kontsumo minimoa edota kopuru txikien kontsumo bat da, ez duena trastorno larririk sortzen, ez pertsonaren jokabidean ez eta haren osasunean ere ez.

• ABUSUA, ERABILERA ARRISKUTSUA EDO ARAZOTSUA

Substantzia-kontsumo bat da, mendekotasunik eragin ez arren, denboraren joanarekin osasun-arazoak sortu ditzakeena. Halako kontsumoek narriatze organikoari eta psiko-sozialari lotutako eragin negatiboak dakartzate. Abusutzat jotzen dira, baldin eta erabiltzaileak kantitate jakin batzuk gainditzen baditu, jarduera jakin batzuk gauzatzen baditu edota pertsona-ezaugarri jakin batzuk baditu.

• DROGA-MENDEKOTASUNA

OMEk honela definitzen du: «organismo bizidun baten eta droga baten arteko elkarrekintzak eragindako egoera psikikoa eta zenbaitetan fisikoa, jokabide-aldaketek eta beste erreakzio batzuk ezaugarritzen dutena. Erreakzio horien artean, beti ageri da efektu horiek lortzeko eta, zenbaitetan, efektuon ga-

beziak ekarritako ondoeza saihesteko droga hori era jarraituan edota aldi behin hartzeko irriki eutsiezina».

Mendekotasuna *fisikoa zein psikikoa* izan daiteke.

Mendekotasun fisikoa: Erabilera errepikatua-
ren ondorioz, organismoari premia sortzen zaio substantzia horren kantitate jakin batzuk edukitzeko normal funtzionatu dezan. Kantitate-maila horiek murrizteak *abstinentzia-sindrome* deritzon sintoma-multzoa sortzen du. Erabilitako tratamendua desintoxikazioa da.

Mendekotasun psikikoa: efektu positiboak lortzeko, produktua kontsumitzeko irrika larria. Kontsumoa kontrolatzeko zailtasunak dakartza berekin; kontsumoaren ondorio kaltegarriak ezagutu arren, kontsumitzea bilatzen da. Mendekotasun psikologikoa desagertzen denean, pertsona hori desohitu egin da.

• TOLERANTZIA

Egokitzapen-egoera bat da, zeinean droga-dosi berak eragindako erantzuna ahultzen baita; bestela esanda, dosi handiagoa hartu behar da efektu farmakodinamikoaren maila bera lortzeko.

• ABSTINENTZIA SINDROMEA

Gai mendekotasun-sortzailearen kontsumoa bat-batean gelditu ondoren agertzen den sintoma-koadroa. Aldez aurretiko mendekotasuna suposatzen du. Mendekotasun fisikoa egun gutxitan desagertzen da, baina mendekotasun psikikoak askoz gehiago irauten du eta berau da berriz kontsumoan erortzearen kausa.



• GAINDOSIA

Organismoak prozesatu dezakeena baino substantzia-kopuru handiagoa kontsumitzean organismoari sorrarazten zaion egoera. Substantzia eta kontsumo-modu batzuk narriadura fisiko eta psikologiko larria eragin dezakete, heriotza barne.

• DESINTOXIKAZIOA ETA DESOHITZEA

Desintoxikazioa: substantzia psikoaktibo eta exogeno batek gorputzean sortutako mendekotasun fisikoa bertan behera uzteko prozesu terapeutikoa.

Desohitzea: menpekotasuna bertan behera utzi edo gutxitzeko eta gorputzaren eta buruaren osasuna berreskuratzeko prozesu terapeutikoa; prozesu horretan osasun-laguntza eta gizarte-zerbitzuen laguntza sartzen da.

• BERRERORKETA

Denboraldi batez substantzia edo jarduera mendekotasun-sortzaile bat kontsumitu gabe egon ondoren berriz ere erregulariki kontsumitzen hastea.

• PREBENTZIOA

Drogen kontsumo desagokiari bide eman diezaioketen pertsonaren baitako, gizarteko edo kulturako eragileak aldatu nahi dituzten jarduerak. Jarduerok helburu hauek izango dituzte:

1.- Drogen eskaria eta kontsumoa murriztea.

2.- Gizartean dagoen droga-eskaintza murriztu edo mugatzea.

3.- Drogak kontsumitzeagatik sor daitezkeen ondorioak murriztea.

4.- Drogak hartzen hasteko arrisku-egoerak sor ditzaketen arrazoi sozio-ekonomikoak edo lan arlokoak adieraztea, bai eta drogamenpekotasunen gertakariak duen eragina eta garrantzi soziala murriztea ere, ekintzarako proposamenak aurkeztuz eta gure gizarteko alderik behartsuenetan arreta berezia ipiniz.

• GIZARTERATZEA

Dena delako pertsona bere ohiko ingurunean pertsona arduratsu eta autonomo gisa egokitze prozesua; prozesu horretan gizarteratzeko gaitasunak berreskuratzen ditu norbanakoak, eta gizartean ere aldaketak egiten dira, drogamenpekotasunak dituzten pertsonak onartzeko.

• KALTEAK MURRIZTEA

Drogak hartzeko zenbait moduk edo horiek eragindako patologiek sor ditzaketen ondorio bereziki kaltegarriak murrizteko estrategia batzuk.

• ARRISKUAK MURRIZTEA

Drogen erabilerari lotuta dauden eta osasunarentzat bereziki larriak izan daitezkeen ondorioak areagotzea eragin dezaketen jokabideak aldatzeko asmoa duten estrategiak.

• SUBSTANTZIARIK GABEKO MENDEKOTASUNA

Drogarik gabeko mendekotasuna jokabide errepikakor bat da, hasieran, behinik behin, atsegingarria gertatzen dena; hala ere, norbanakoaren baitan kontrol-galera bat eragiten du eta haren eguneroko bizitzan larriki eragiten du gizarte-mailan, lan-esparruan eta familiarean.

2.- GAI MENDEKOTASUN-SORTZAILEAK

2.1.- GAI MENDEKOTASUN-SORTZAILEEN SAILKAPENA

Gai mendekotasun-sortzaileak kontzeptu desberdinen arabera sailka daitezke OMEk sailkapen desberdinak egiten ditu:

1. Jatorriaren arabera: naturalak ala sintetikoak.
2. Estatus juridikoaren arabera: legez onartuak edo legez kanpokoak.
3. Nerbio-sistema zentralaren (NSZ) gain duten eraginaren arabera sailkapen zientifikoa (I. Taula):

I. Taula: Drogen sailkapena, NSZren gain duten eraginaren arabera

| SAILKAPENA | ERAGINA | SUBSTANTZIA ADIERAZGARRIAK |
|-------------------------|---|--|
| NSZren depresoreak | NSZren funtzioa moteltzen dute | <ul style="list-style-type: none"> • Alkohola • Opiazeoak (heroina, morfina, metadona, propoxifenoa, medipina). • Lasaigarriak: antsiolitikoak. • Hipnotikoak • Disolbatzaileak |
| NSZren estimulatzaileak | Iratzarri-egoera aktibatzen dute | <ul style="list-style-type: none"> • Potentzia handiko estimulatzaileak: kokaina eta anfetaminak. • Estimulatzaile leunak: nikotina. • Xantinak: kafeina, teobromina, etab. |
| Haluzinogenoak | Garunaren funtzioa distorsionatzen dute eta pertzepzioan aldaketak eragiten: haluzinazioak, irudipenak, etab. | <ul style="list-style-type: none"> • LSDa • Psilocibis generoko onddoak • Datura arborea (lorastunkia) Kanabisaren eratorriak • Droga sintetikoak: Estasia. • Ketamina. |

2.2.- ALKOHOLA

Alkohola denez gizartean gehien kontsumitzen den droga, eta alkohol-kontsumoa kulturalki onartua dagoenez, gomendagarria da haren inguruan zenbait zehaztapen ematea.

Edari-unitateak (EU)

Edari-unitate deritzoguna alkohol puruaren 10 gramori dagokion kantitatea da. II. Taulan edari-unitateen eta gizartean sarrien kontsumitzen diren edarien arteko korrelazioa azalduko da.

II. taula: Ohiko edarien eta edari-unitateen arteko baliokidetzak

| Edaria | Neurria | Unitateak |
|----------------|----------------|-----------|
| Zerbeza | Kaña = 200 cc | 1 EU |
| | 1 litro | 5 EU |
| Ardoa | Kopa = 100 cc | 1 EU |
| | 1 litro | 10 EU |
| Koñaka | 1 kopa = 50 cc | 2 EU |
| Konbinatua | 50 cc | 2 EU |
| Bermuta/Jereza | 50 cc | 1 EU |

III. Taula: Kontsumoaren arabera alkohol-arriskuaren OMEren sailkapena

| | Gizonak | Emakumeak | Esku-hartzea | Lehen mailako arretako lantaldeen eginkizuna |
|--|--|----------------|---------------------------|--|
| Arrisku txikia | < 17 EU astean | < 11 EU astean | Lehen mailako prebentzioa | Hezteak eta laguntzak |
| Kontsumo arriskutsua | ≥ 28 EU astean | ≥ 17 EU astean | Esku-hartze laburra | Identifikatzea, aholku-ematea, aholku laburrak eta jarraipena egitea |
| Kontsumo kaltegarria | Alkoholari lotutako trastornoen agerpena | | | |
| Arrisku handia (Alkoholaren Mendekotasun Sindromea) | DSM-IV CIE-10 | | Tratamendu espezializatua | Identifikatzea, aholku-ematea, bideratzea eta jarraipena egitea |

2.3.- GAI MENDEKOTASUN-SORTZAILEAK ETA ARRISKUAK

• SUBSTANTZIEN KONTSUMOAK ERAGINDAKO ARRISKUAK

Ondorengo taulan, gizartean sarrien kontsumitzen diren drogek osasunean eragindako efektu nagusiak adieraziko dira eskema gisa. (INRS) (17)

IV. Taula Droga jakin batzuen kontsumoak eragindako ohiko efektuak

| SUBSTANTZIAREN IZENA | ARRISKUA |
|-----------------------------------|---|
| TABAKOA | BIRIKA-MINBIZIA, MASKURI-MINBIZIA, BRONKITISA, ASMA, PATOLOGIA KARDIOBASCULARRAK |
| ALKOHOLA | ERNETASUNA ETA ERREFLEXUAK GUTXITZEA KONTROLA GALTZEA BORTIZKERIA/ISTRIPUAK, KOMA ETILIKOA, HEPATOPATIAK |
| SENDAGAIK | KONTSUMOAREN ARABERA: LOGURA; JOKABIDEAREN, OROIMENAREN ETA MUGIMENDUAREN ASALDURAK |
| KANABISA | ERNETASUNAREN NAHASMENDUA, ALDARTE ALDAKETAK, PERTZEPTZIOAREN NAHASMENDUA, IKUSMENEZKO HALUZINAZIOAK, PATOLOGIA PSIKIATRIKOA AIRE-BIDEEN ETA DIGESTIO-BIDEEN MINBIZIA |
| BESTE DROGAK eta OPIAZEOAK | KONTSUMITU DEN SUBSTANTZIAREN ARABERA: HALUZINAZIOAK; BORTIZKERIA; ERNETASUNA GUTXITZEA; BIHOTZEKO PATOLOGIAK; PATOLOGIA INFEKZIOSOAK |

3.- SUBSTANTZIARIK GABEKO MENDEKOTASUNAK

Badira ohiko jokamolde batzuk, itxuraz kaltegabeak, mendekotasuna sortzen dutenak. Farmakoekiko mendekotasuna duten pertsonen psikopatologiaren antzekotzat jo daitezke jokabide arazotsu jakin batzuk. Jokamolde horiek harremanak zein mailatan nahasten dituzten; horrexek erabakiko du ea mendekotasuna dagoen ala ez.

Mendekotasun psikologiko ohikoenak hauek dira:

Lanarekiko mendekotasuna

Informazioaren eta komunikazioaren teknologiekiko (IKT) mendekotasuna

Jokoarekiko mendekotasuna

Sexuarekiko mendekotasuna

Ariketa fisikoarekiko mendekotasuna

3.1.- LANAREKIKO MENDEKOTASUNA

Robinsonek (2000) honela definitzen du lanarekiko mendekotasuna: «nahaste obsesibo-konpultsibo bat da, nork bere buruari ezarritako eskakizunetan eta betekizunetan, bai eta lan-ohiturak erregulatzeko ezintasunean ere, azaleratzen dena; hala, bizitzako beste jarduerak baztertu eta gehiegi jarduten da lanean.»

Gure gizartean, lan-munduak eskakizun zorrotzak ditu. Enpresek bilatzen duten langile-profila lanarekiko konpromiso eta ardura handia erakusten duen pertsonarena da; oro har, mendekotasunak gaitzesten diren arren, kasu honetan konnotazio positiboak ditu —«lanean gogor aritzea ondo ikusia dago»— eta esparru soziolaboralean eta ekonomikoan jokabide hori saritzen da (15).

Laneko Segurtasun eta Higieneko Institutu Nazionalak adierazi du lan-mendekotasuna gorabidean dagoen kalte psikosoziala dela. (19)

Lanaren Nazioarteko Erakundearen (LANE) txosten baten arabera, Espainiako biztanle aktiboen % 8k egunero 12 ordu baino gehia-

go ematen ditu lanean bere arazo pertsonalei ihes egiteko. (20)

3.2.- INFORMAZIOAREN ETA KOMUNIKAZIOAREN TEKNOLOGIA BERRIEKIKO MENDEKOTASUNA.

Teknologia berriekiko mendekotasuna jokabide obsesibo-konpultsibo bat da, gailu teknologikoen gehiegizko erabilerak eragiten duena eta norbanakoaren osagai biologiko, psikologiko eta sozialak hondatzen dituena. (Peláez 2009).

3.3.- JOKOAREKIKO MENDEKOTASUNA

Ludopatia nahasmendu-mota bat da, zeinean psikologikoki kontrolatu ezinezko premia baten norbanakoa etengabe eta progresiboki jokoan aritzera baitarama; hala, negatiboki eragiten die haren bizitza pertsonalari eta lan-eta familia-bizitzari.

Azkenean, “Substantzia eta nahasmendu mendekotasun-sortzaileen” kategorian sartu dute (22).

5. EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOKO ENPRESETAN MENDEKOTASUNEI AURREA HARTZEKO PLANA

PREBENTZIO-PLANA

Lan arriskuen prebentzio-plana dokumentu bat da, zeinean enpresa baten prebentzio-politika ezartzen eta formalizatzen baita: prebentzio-helburuak zehazten dira; enpresaren hierarkia-maila desberdinek lan-arriskuen prebentzioaren arloan dituzten ardurak eta zereginak definitzen dira; eta prozedura operatiboak, arriskuen ebaluazioa, larrialdi-plana, prebentzio-planifikazioa, etab. jasotzen dira. Horiez gain, araudia ere jaso daiteke (23).

Azken batean, prebentzio-planak arauak, irizpideak, prozedurak, argibideak, ekintzak eta gomendioak biltzen ditu, lan-arriskuen prebentzioan oro har eragiten duten faktore-multzoa behar bezala kudeatzen dela ziurtatzeko, bai eta enpresaren gainerako jarduerekin koordinatuta egiten dela egiaztatze ere, betiere gogoan hartuz zeintzu helburu zehaztu dituen enpresaren zuzendaritzak.

Alderdi desberdinek plazaratu dezakete enpresan mendekotasunei aurrea hartzeko plan espezifiko baten premia:

- Langileek eta haien ordezkariak, arriskuen eraginpean dauden norbanako gisa (lan-baldintzak, zereginaren konplexutasuna, behin behinekotasuna, etab.).
- Halako kontsumoen ondorio negatiboak jasaten dituzten enpresariak (hirugarrenei arriskuak, enpresaren giro soziala nahastea, lan-istripuen ardura, etab.)
- Prebentzio Zerbitzuak, prebentzio-helburu gisa.



Nonahi sortzen dela ere enpresan mendekotasunei aurrea hartzeko plan baten premia, **zuzendaritza** de-
nez enpresa barruko prebentzioaren azken erantzule, beronek jakinaraziko du mendekotasunen preben-
tzio-politika sortzeko erabakia, betiere tarteko eragileekin batera gaiari buruzko gogoeta egin ondoren.

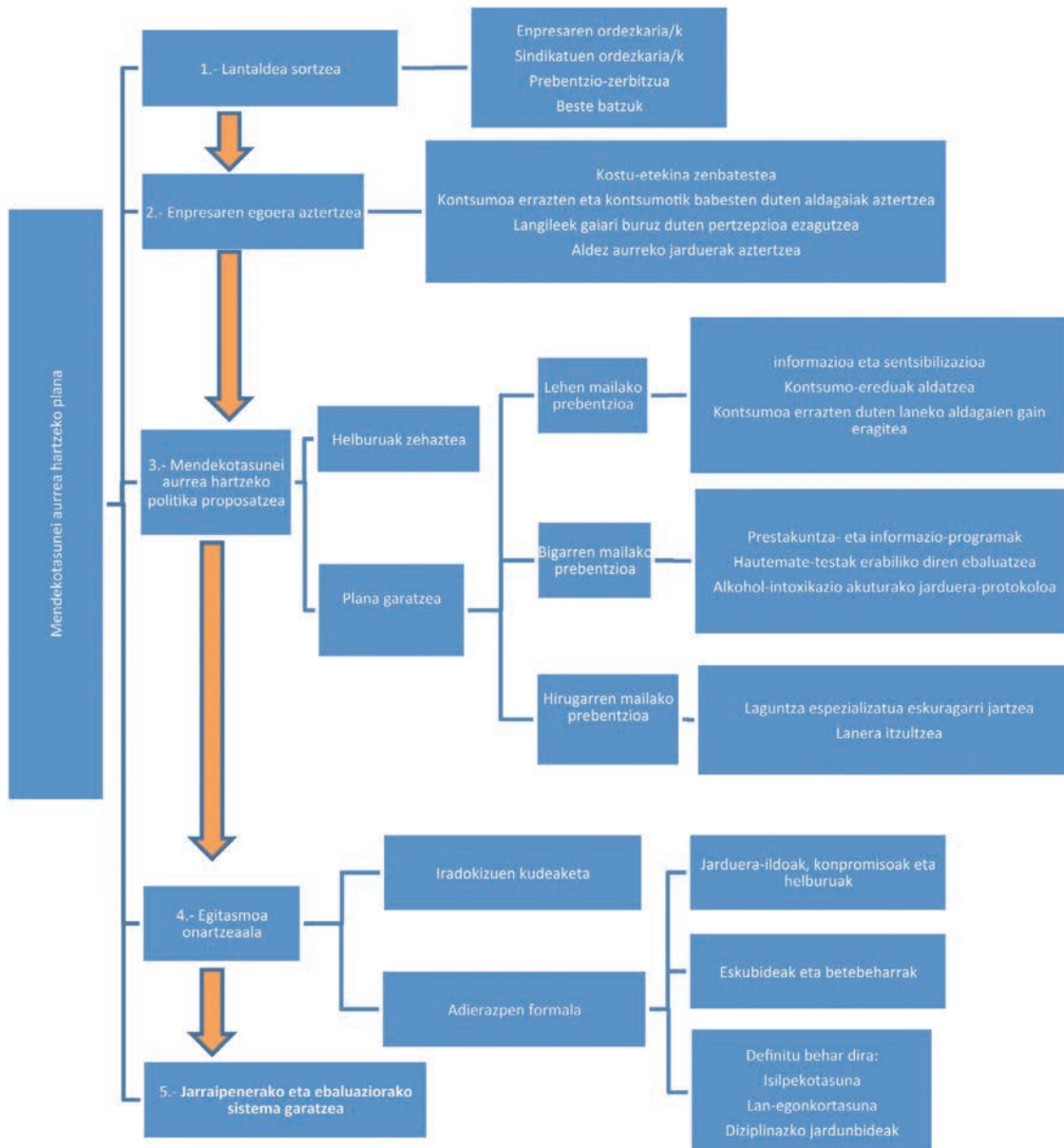
Edozein prebentzio-programatan bezala, prebentzio-planaren **helburua** da mendekotasun arriskutsurik
ez duten pertsonak berdin mantentzea eta kontsumo arriskutsuak eta/edo mendekotasun-jokabideak
dituzten gaixoak ahalik eta goizen hautematea haien egoerari egoki heltzeko.

Halako plan bat garatzeko ezinbestekoa da urrats-sorta bat ezartzea. Esaterako:

- 1.- Lantaldea sortzea
- 2.- Enpresaren egoera aztertzea
- 3.- Enpresan mendekotasunei aurrea hartzeko politikak proposatzea eta garatzea
- 4.- Proiektuaren adierazpen formala egitea
- 5.- Jarraipenerako eta ebaluaziorako sistema garatzea

Ondorengo ataletan urrats horiek banan-banan garatuko dira eta mendekotasunei aurrea hartzeko pla-
nean ezinbestekotzat jotzen diren alderdiak azalduko dira. Asmoa ez da gaia sakonki garatzea; dena dela,
lagungarria gerta daiteke jakiteko zer aldagaien gain eragin behar den arazoa desagerrarazteko edo
txikiagotzeko.





1.- Jarduera Plana prestatzeko lantaldea eratzea

Enpresan prebentzioarekin lotura zuzena edo zeharkakoa duten eragile guztiek osatuko dute lantaldea.

- Enpresaren arduraduna
- Giza baliabideetako langileak
- Prebentzio arloko delegatuak
- Segurtasun eta osasun batzordeko kideak
- Osasunaren zainketako arduraduna
- Prebentzio zerbitzua
- Prestakuntza arloko arduraduna
- Zuzenbide arlokoak, etab.

Lan Arriskuen Prebentzioari buruzko 31/1995 Legean ezarritakoaren arabera, aipatutako eragile guztiek ardura eta zeregin garrantzitsuak dituzte prebentzio-politika garatzeko garaian, enpresan mendekotasunak prebenitzeko eginkizuna barne. Haien lana oinarritzkoa da plana ezartzeko.

Langileak ez dira zuzenean lantaldearen kide; aldiz, ordezkarien bitartez dute presentzia. Dena dela, uneoro gogorarazi behar zaie langileei prozesuan duten garrantzia.

Lantaldearen **kide-kopurua** enpresaren neurriak erabakiko du; hala ere, nahiz eta enpresa handia izan, ez da gomendagarria lantaldea 10 kidek baino gehiagok osatzea (24). Enpresa txikietan, talde-buru batek izango du programaren ardura.

Giza baliabide urriagoko enpresek plana garatzeko bestelako aukerak planteatu ditzakete orobat; hala nola, gremio-elkarteak, poligono berean dauden enpresen elkarteak edo osasun-zaintza besteren prebentzio-zerbitzu berarekin adostu duten enpresak.

Lantaldea ondo funtzionatzeko, **bi baldintza bete behar dira**:

- Taldekide guztiek **lanerako konpromisoa** hartu behar dute
- Taldeak buru bat izan behar du, nolana hiko delat dela ere enpresaren tamaina. Taldeburuak eginkizun hauek ditu:
 - Lana dinamizatzea
 - Taldearen buruzagi-lanak egitea
 - Zailtasunak kudeatzea
 - Programa abiaraztean eta garatzean koordinazio-lanak egitea

Taldeburua alderdi sozialekoa zein alderdi enpresarialekoa izan daiteke eta bai langileen (edo haien ordezkarien), bai eta enpresa-arduradunaren babesa izan beharko du.

Lan taldeko kide bakoitzaren eginkizunak

- **Enpresaburuak**, prebentzioaren arduradun maximo gisa, onartu behar du enpresan prebentzio-planak arrakastatsuak izateko premiazkoa dela zuzendaritzaren partaidetza.

- **Segurtasun eta Osasun Batzordeak** arriskuak prebenitzeko eta lan-baldintzak kontrolatzeko ardura du. Lanean aritu behar du mendekotasuna erraztu dezaketen lan- eta segurtasun-baldintza horiek aldatzeko.
- **Prebentziorako ordezkariak** bi eginkizun oinarritzko ditu:
 - alde batetik, lankideen eskaerei erantzuteko informazioa eta laguntza eskaintzea.
 - bestetik, Prebentzio Plan bat egiteko, negoziatzeko eta abiarazteko elkarlanean jardutea [25].

Arazoak dituzten langileei kontsultatzeko hurbilerrazagoak iruditzen zaizkie ordezkariak.

- **Enpresa-batzordea:** prebentziorako eragile bat da, langileei mendekotasunek lan-ingurunean sortzen dituzten arazoen berri eman behar diena. Eginkizun ditu, halaber, ohitura osasungarriak sustatzea, jarduera-programa ezagutaraztea eta eskuhartze-premia egon daitekeen kasuak negoziatzea, bai eta halako kasuak garaiz hautematea eta haiei ekitea ere.
- **Prebentzio Zerbitzuak** enpresan prebentzio-kudeaketa integratua sustatu behar du, bai eta arriskuak ebaluatu, lan-giroa eta baldintzak aztertu, langileen osasuna zaindu, ingurugiro- eta osasun-datuen erregis-

troa mantendu, trebakuntza eta informazioa eskaini, lanpostuak nola egokitu gomendatu, osasun-sistema nazionalarekin koordinatu eta lehen sorospinak eman ere.

Lantaldearen lehen **zeregina** langile guztiei enpresan *mendekotasunei aurea hartzeko jarduera-plan bat* egiteko asmoaren **berri ematea** izango da. Argi utzi behar da asmoa *prebentzio-programa* bat garatzea dela; hau da, norbanako guztiei dagokiela, ez substantzia baten kontsumo arazotsua edo bestelako mendekotasun bat duten haiei soilik.

2.- ENPRESAREN EGOERA AZTERTZEA

Enpresan mendekotasunei aurea hartzeko plana ezarri aurretik, enpresaren ezaugarriak ezaugu behar dira. Faktore erabakigarriak dira ingurune sozioekonomikoa; enpresaren kokalekua, ekoizpen-sektorea eta tamaina; langileen ezaugarriak; lanaren eta lantokiaren baldintzak; sindikatuen jarduera, etab.

2.1.- KOSTUA/ETEKINA ZENBATESTEA

Oso zaila da mendekotasunek enpresari eragindako kostua balioztatzea.

Kostuon artean, hauek daude:

Zuzeneko kostuak

Prebentzio-programaren alderdi guztiek eragindako kostua:

- Trebatzeko, informatzeko eta ikuskatzeko erabilitako giza baliabideak.
- Langilearentzako laguntza (langilea laguntzeko programa zena, EAP)
- Lanpostuak egokitzea etab.

Zeharkako kostuak:

- Absentismoagatik (ABE eta postuan ez egotea).
- Lanpostuak txandakatzeko edota aldatzeko zailtasunengatik.
- Bajak ordezkatzeko kontratazioengatik.
- Lan-etekina murrizten delako eta jardute okerrak areagotzen direlako.
- Egindako lana gehiago gainbegiratu behar delako.
- Enpresa-irudia kaltetzen delako.
- Ekipamendua edo produktuak kaltetzen direlako.
- Erantzukizun legala dela-eta (norbanakoaren gainekoa eta hirugarrenen gainekoa).
- Barne-gatazkak areagotzen direlako.

Parametro horietan emaitzak nola aldatzen diren behatzeak programaren eraginaren adierazle gisa balio dezake ondoren [26].

2.2.- LANEKO TESTUINGURUAREN AURREANALISIA

2.2.1.- ABIAPUNTUA

Lantaldeko kideek enpresaren berezko ezaugarriak ezagutu behar dituzte, bai eta, orobat, enpresari berezkoak zaizkion arriskuak eta mendekotasunek lanean eragiten dituzten ondorio negatiboak ere; hartara, programari eraginkorki ekin diezaiokete eta enpresaren egoera zehatzera moldatutako konponbide espezifikoak eman ditzakete.

- Zer deritzoten langileek:
 - drogen abusuari buruz
 - enpresan mendekotasunei aurrea hartzeko programak ezartzeari buruz.
- Zer substantzia-mota kontsumitzen den eta zer kantitatetan.
- Zeintzuk diren kontsumo-ereduak.
- Zeintzuk diren enpresaren ahulguneak edo arazoguneak.
- Zernolako eskuragarritasuna duen alkoholak/drogak enpresan.
 - Kontsumitu daiteke?
 - Non?
 - Noiz?
 - Arauak?

- Enpresaren jokabidea alde aurreko kontsumo arazotsuei aurre egiteko.
 - Nola jokatu du?
 - Desberdin jokatu al du alkohol-kontsumoaren eta bestelako mendekotasunen aurrean?
 - Nortzuek hartu dute esku? Zuzendaritzak, langileen sailak, zerbitzu medikoak, etab.

Ebaluazio hori langileak **era anonimoan inkestatzu** gauzatu daiteke [25], batez ere enpresa ertain eta handietan eta, betiere, lortutako informazioaren isilpekotasuna errespetatuz. Inkestak hauen berri emango du:

- Substantzia mendekotasun-sortzaileen erabilerari eta abusuari buruzko iritzia.
- Gehiegizko kontsumoak edota kontsumo desegokiak sortutako arazoei buruzko eza-gutza-maila.
- Arazo horien aurreko jarrera eta kontsumoekiko tolerantzia-maila.

Azpimarratu behar da mendekotasunei aurrea hartzeko plana ez zaiela mendekotasuna duten pertsonen soilik zuzentzen, baizik eta **langile guztiei**.

Inkesta egiteak albo eragin positiboak dakartza berekin:

- Parte-hartzeko eta programaren garapena sustatzeko motibatzen du.
- Enpresa-giroan mendekotasunei buruz hitz egitea normaltzen laguntzen du.

2.2.2.- MENDEKOTASUNA ERRAZTEN DUTEN FAKTOREAK

Hainbat faktorek eragiten dute mendekotasunen sorrera: Mendekotasunen fenomenoak gertakari sozial bat da; norbanakoan agertzen da etengabe aldatzen ari den gizartearen egokitzeko prozesuan.

Esan daiteke inork mendekotasunen bat garatzeko duen probabilitateak lotura estua duela pertsona horren arrisku- eta babes-faktoreekin. Antzeko arrisku-faktoreen aurrean norbanakoak mendekotasunen bat garatzeko ote duen ala ez, hori mendekotasuna sor dezaketean arrisku-faktoreak leunduko dituzten babes-faktoreak edukitzeak erabakiko du, eta alderantziz.

Ondoren, mendekotasunekin lotura izan dezaketean hainbat tarteko faktore aipatuko dira. Zehatzagoa izango da lan-faktoreen zerrenda; izan ere, beroiek dira gida honen arazoia eta beroien gain eragin behar da enpresa-esparruan [27].

2.2.2.1.- Lanaz kanpoko inguruneak

Zenbait elementu bizitzan zehar mendekotasunen bat garatzeko arriskua areagotu dezakete eta une jakin batean lanjardunean eragin. Elementu horiek norbanakoaren berezko ezaugarriak edota haren gizarte- eta familia-inguruneak izan daitezke.

- Gizarte-mailakoak
 - Baliabide ekonomikorik eza
 - Gizartearen tolerantzia kontsumoarekiko

- Gizarte-harremanen falta
- Lagunartean kontsumitzaileak egotea
- Familiakoak
 - Arazo ekonomikoak
 - Hondatutako familia-giroa
 - Familia-ingurunean permisibitatea eta kontsumoa egotea
 - Bateragarritasun-zailtasunak
- Pertsonalak
 - Aldez aurreko izaera: autoestimazio baxua, frustrazioarekiko tolerantzia baxua, autokontrol eza.
 - Pertsonarteko zailtasunak: gizarte-tre-bezien gabezia, autokontrol eza.
 - Bakardadea eta norberaren asegabetsuna.
 - Estresa sortzen duten gertakariak (dolua, familiakide baten gaixotasunak, hausturak...)

2.2.2.2.- Lan-esparrua

Zenbait lan-baldintzak mendekotasun-arazoak sortzen lagundu dezakete: pertsona batek erantzun desberdinak eman ditzake lan-egoera, -ingurune, -sentipen, eta/edo -efektu jakin baten aurrean, eta erantzun horietako bat substantzia mendekotasun-sortzaile bat kontsumitzea edota jokabide mendeko-sortzaile batean erortzea da (edo aldez aurreko mendekotasuna areagotzea) [28].

Gizarte- eta familia-ingurunearekin batera, pertsona baten mendekotasun-arazoan gain eragin dezaketen lan-egoera, -efektu eta -sentipenen artean hauek daude:

- Enpresan gai mendekotasun-sortzaileak edota halakoak eskuratzeko aukera egotea
- Lan-giroan edateko, droga hartzeko, jokatzeko etab. gizarte-presioa egotea.
- Lan-bidaiak/ohiko ingurunetik banantzea
- Gainbegiratze falta
- Laneko estresa
- Lan ezegonkorra eta langabezia-arriskua
- Lan monotono eta/edo errepikakorra
- Txandakako lana, gauetz lana egitea, lanaldi luzeak
- Lekuz eta/edo gainbegiratzez etengabe aldatzen duten lanak
- Etxetik lan egitea
- Isolamendua
- Gizartean gutxitzat edukitzen diren lanak
- Negozio-otorduak
- Komunikazio-falta edo komunikazio eskasa
- Lanaren gogobetetze-maila eskasa
- Lantokiko kultura
- Erantzukizun-maila altua
- Lan-baldintza kaskarrak (lan zaratsua, zikina, arriskutsua, estres termiko handiko lanak, etab.)
- Nekea

- Lanik gabeko epeak eta asperraldiak
- Lan fisikoa
- Substantzia jakin batzuen esposiziopean ego- teak NSZan eragindako efektuak
- ...

Ikus daitekeenez, laneko egoera, efektu eta sen- tsazio horiek ez dute elkar baztertzen; aldiz, elkarren arteko lotura eta eragina izan dezakete.

Lanari lotutako arriskuak kontrolatzen eta/edo minimizatzen ditugunean, arrisku-egoerak eta arrisku horiei lotutako efektuak eta sentipenak kontrolatzen eta/edo minimizatzen ditugu ere. Horretarako, arriskuen ebaluazioa erabili dai- teke tresna gisa. Arrisku horiek arrisku-faktore batzuei lotzen zaizkie. Faktore horiek langilearen beraren araberakoak dira, baina baita lantokia- ren, lanpostuaren, zereginen, erabilitako ekipa- mendu eta produktuen, lan-eskakizunen, lana- ren eta enpresaren antolaketaren eta abarren araberakoak ere.

Arrisku-faktoreak bestela sailkatu daitezke ere, adibidez, laneko segurtasunarekin, industria- higieinarekin eta/edo laneko ergonomiarekin eta psikosozilogiarekin erlazonatutako arris- ku-faktore gisa. Bereziki garrantzitsua da azken hori; izan ere, lanaz kanpo gertatu bezala, osagai psikosozial nabaria dute lan-esparruan sortzen diren egoera, efektu eta sentipenek ere, eta ho- riexek eragiten dute defentsa-mekanismo gisa mendekotasunera jotzea.

2.2.3.- MENDEKOTASUNETIK BABESTEN DU- TEN FAKTOREAK

Aintzat hartu behar da lanak mendekotasunetik babestu gaitzakeen ingurunea sortzen duela ere. Hain zuzen, halaxeko ingurunea sendotu behar da enpresan. Askotan, norbanakoa errehabi- litzeko elementu garrantzitsua izango da lan- jarduera, lana egiteak hauek ematen dituelako:

- Bizirauteko, bai eta norbere burua eta fa- milia garatzeko ere, ezinbestekoa den egonkortasun ekonomikoa
- Autoerrealizazioa eta aitormena
- Sormena eta pertsonalki garatzeko aukera
- Gaixotasunen eta istripuen aurkako gizarte- segurantza eta -aurreikuspena
- Pertsonarteko harremanak ezartzeko aukera
- Norbere trebeziak eta abileziak garatzeko aukera
- Pertsonalki hazteko aukera

2.3.- BALIABIDEAK

Egitasmoa bideragarria dela bermatzeko, enpre- sak eskuragarri dituen **baliabideak** zehaztu be- har dira; giza baliabideak, baliabide materialak eta ekonomikoak.

- **Giza baliabideak** dira bai lantaldea osatzen duten pertsonak eta baita, taldekideak izan ez arren, lantaldearen jarduera jakin batzu- etan laguntzen duten pertsonak ere.

- **Baliabide materialak**, ordea, jarduerak garatzeko behar diren dibulgazio-, prestakuntza- eta teknologia-baliabideak dira.
- **Baliabide ekonomikoak** programa garatzean eta ezartzean sortutako gastuak ordaintzeko erabiltzen dira. Beharrezkoa da jakitea zer egitasmo gauzatu dezakeen enpresak eta erabakitzea zein helburu lor daitezkeen horretara bideratutako baliabideekin.

3.- ENPRESAN MENDEKOTASUNA PREBENTZEKO NEURRIAK PROPOSATZEA

3.1.- HELBURUAK DEFINITZEA

Prebentzio-planaren helburuak lantaldeak finkatuko ditu; horretarako, aintzat hartuko ditu aurreko atalean aztertutako faktoreak eta aplikatuko beharreko indarreko legedia. Helburuok neurgarriak izan behar dira eta jarraipena egin ahal izan behar zaie.

3.2.- JARDUERA PLANA GARATZEA

Prebentziorako programa bat denez, helburuak zehaztuko dira bai lehen mailako prebentziorako, bai bigarren-mailako edo laguntzazko prebentziorako eta baita hirugarren mailako edo errehabilitaziozko prebentziorako ere. LANEk (29) semaforo baten gisara sailkatzen ditu prebentzioak; hiru zatitan banatzen ditu, langilearen kontsumoaren arabera:

- **Berdea**: hemen biltzen da jendearen gehiengoa. Ez dute kontsumitzen ala noizean behin kontsumitzen dute (ez dituzte gehiegizko kontsumoak). Haiei zuzentzen zaie lehen mailako prebentzioa.
- **Laranja**: Trantsizio-gunea da; beraz, bali-teke lan-jarduerari negatiboki eragin diezaioketen kontsumo arazotsuak egotea. Multzo honetan langileen % 8-10 biltzen da; haiei zuzentzen zaizkie bigarren mailako prebentziorako jarduerak.
- **Gorria**: kontsumoa ezaguna da. Biztanle aktiboen % 3 inguru sartzen da multzo honetan. Talde honetakoei zuzentzen zaizkie hirugarren mailako prebentzio-jarduerak.

Lehenago, enpresetan ezartzen ziren prebentzio-programak bigarren eta hirugarren mailako prebentzio-taldeei zuzentzen zitzaizkien. Urteen joanarekin, arazo zehatzei banakako konponbideak bilatzeari utzi eta lehen mailako prebentziora bideratutako jarduera orokorragoak zuzentzera igaro gara; helburu nagusia da multzo berdean dauden langileak ez jotzea kontsumo eta jokabide mendekotasun-sortzaileetara.



3.2.1.- LEHEN MAILAKO PREBENTZIOA

Lehen mailako prebentzioa langile guztiei zuzentzen zaie. Helburua da arrisku-faktore guztiak ezabatzea; bai lanekoak, eta bai lanaz kanpokoak ere. Horretarako, oinarritzko puntu hauek jorratu behar dira: informatzea eta sentsibilizatzea, kontsumo-ereduak, arriskuen ebaluazioa (bal-dintza soziolaboral negatiboak aldatzea).

3.2.1.1.- Informatzea eta sentsibilizatzea

Helburu hauek ditu:

- Drogen eta drogen eraginari buruzko informazio errealista eta objektiboa ematea.
- Mendekotasunek lan-istripuen eta -gaixotasunen gain duten eragina zehaztea.
- Programaren helburuak azaltzea eta hala nahi duten langileei tratamendua eskuratzeko moduak argitzea.
- Programan sartzea onartzen duten pertsonen lan-bermeak argitzea eta, orobat, laguntza onartzen ez duen eta arauak urra-tzen jarraitzen dituen pertsonari enpresak ezar diezakiokeen diziplina-neurri posibleak azaltzea.

Kanpaina hori gauzatzeko, bitarteko hauek daude:

- Kanpaina grafikoak: horma-irudiak, iragarriak jartzea erraz ikus daitezkeen guneeetan. Enpresaren barne-aldizkarietan, informazio-liburuxketan eta bideotan argitaratzea; dela betiko euskarriak erabiliz, dela e-mail bidez.

- Langileekin informazio-jardunaldiak edo -hitzaldiak programatzea edota, gaiari buruz informatzeko, enpresaz kanpoko adituak gonbidatzea. Enpresa txikiek hainbat enpresarentzako trebakuntza-jardunaldiak adostu ditzakete prebentzio-zerbitzuarekin; bestela, udalek, osasun-etxeek eta mendekotasunen problematika lantzen duten elkarteek eskainitako jardueren berri eman dezakete ere.

3.2.1.2.- Kontsumo-ereduak

Enpresa bakoitzak erabakiko du zer helburu finkatu; nolana ere, programa horien helburua, oro har, lan-orduetan eta otorduetan ZERO kontsumoa edo KONTSUMORIK EZ egotea da.

Norbanakoaren askatasun bat da lanorduez kanpo kontsumo arduratsua izateko aukera, eta langileei askatasun hori aitortu behar zaie, betiere baldin eta lanera iristen direnean lanaren eginbeharrak betetzeko gaitasun fisiko eta mental ezin hobea badute.

Substantzia bakoitzaren erabilera definitu beharko da; izan ere, legediak desberdin jorratzen ditu:

Tabakoa. 2011ko urtarrilaz geroztik, legez kanpoko da lantokietan tabakoa erretzea.

Alkohola. Enpresa bakoitzean erantzun beharreko galderak:

- Debekatuta al dago alkohola kontsumitzea lanorduetan eta lantokiko gune guztietan? Adibidez, enpresa-jantokietan?

- Ospakizunetan, ateak zabaltzeko egunetan eta gisako ezohiko gertakarietan kontsumo neurritsua baimenduko da, idatzizko baimen baten bidez?

Sendagaiak. Norberaren kontsumorako sendagileak agindutako botikak izan ezik, debekatuta dago lanera estimulatzaileak edota lasaigarriak eramatea eta lanean halakoak kontsumitzea.

Legez kanpoko drogak. Zeharo debekatuta dago lantokian legez kanpoko edozein droga eramatea, kontsumitzea eta legez kanpoko edozein drogarekin trafikatzeta.

Enpresak idatziz zehaztu beharko du zer neurri hartuko dituen barne-arauak edo legeak ezarritako arauak hausten direnean.

3.2.1.3.- Enpresa ebaluatzea

Enpresa baten arrisku-ebaluazioak aukera ematen du enpresa batean dauden arriskuak ezagutzeko, jakiteko zein faktore erlazionatzen diren haiekin eta arriskuok ager ez daitezen prebentzio-neurriak zehazteko.

Lan-baldintzak hobetzera zuzendutako jarduera honek oso eragin handia izan dezake langile batzuk ager lezaketen mendekotasun-arriskuaren gain; izan ere, lanaren efektu zehatz batzuen aurkako defentsa-mekanismoa izan daiteke substantziak kontsumitzea edota mendekotasun-jokabideak hartzea. Gomendagarria da, arazo hori saihesteko, enpresaren prebentzio-planean

integratutako mendekotasunen aurkako programan, alde batetik, arreta bereziz aztertzea ea badagoen lan-egoerarik, beste eragile batzuekin batera, normalean mendekotasunen arazoarekin lotura duena eta, bestetik, neurri egokiak ezartzea lan-egoera hori ez dadin agertu.

Orobat, gogoan izan behar da mendekotasun baten eraginpean egoteak edozein jarduerari eragin diezaiokeela; beraz, arrisku-ebaluazioan, arrisku-faktoretzat jo beharko da langileren bat mendekotasun baten eraginpean egotea.

3.2.2.- BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Oinarrizko helburua da kontsumoa ez egituratzea mendekotasun gisa. Asmo horrekin, mendekotasun-arazoa duten pertsonen kopurua ahalik eta gehien gutxitzen saiatu behar da; ahaleginak egin behar dira, halaber, mendekotasunek sortutako osasun-kalteak saihesteko, arazoa goiz hautemateko eta konponbidean jartzeko.

3.2.2.1.- Prestakuntza- eta informazio-programak

Lehen mailako prebentzioan gauzatutako prestakuntza- eta informazio-programak indartuko dira. Enpresan babes-jarrerak sustatuko dira; hartara, mendekotasun-arazoak dituen pertsonak arazoaren hasierako fasean laguntza eska dezake bere borondatez, inguruko lankidetzari esker.

Oso baliagarriak dira prebentzio-zerbitzuaren osasun-langileek gauzatutako **esku-hartze laburrak**. Esku-hartze horiek kontsumo-ohiturak aldatzea dute helburu; norbanakoaren neurria egiten dira eta, eraginkorrak izateko, ezaugarri espezifiko hauek izan behar dituzte:

- Mezu baikorra eman behar da beti; estutasuna sor dezakeen ezer saihestu behar da.
- Argi eta zehatz azaldu behar da zer arrisku dakartzan droga kontsumitzeak.
- Mendekotasuna duen pertsonarekin negoziatu behar da kontsumo murriztagoa lortzeko.
- Mendekotasuna duen pertsonari laguntza gisa premiazkoa duen informazio guztia emango zaio: material grafikoa, idatzia...
- Jarraipen bat egingo da, halaber, jokabide positiboak indartzeko helburuarekin.

3.2.2.2.- Kontsumoa hautemateko testak

Drogak hautemateko testak erabiltzea kontu eztabaidagarria da eta zaila da gaiari heltzea. Gaiaren inguruan jasotako hausnarketak LANE-ren aditu-talde baten bileratik atera ditugu. Bileran Norvegiar egin zen, 1993an; hala ere, oraindik ere indar osoa dute gogoeta horiek (30).

Alkoholaren eta beste drogen kontsumoa hautemateko froga analitikoak planteatu aurretik, zuzenbide-arloko eta etikaren alorreko zenbait

kontu erantzun behar dira. Kontu horiei emandako erantzuna idatziz jaso behar da; hala, argitu behar da zein helburu lortu nahi diren eta zein arau eta xedapen diren aplikagarriak, bai eta, orobat, zein eskubide eta betebeharrak dituen alderdi bakoitzak.

1996an, LANEk erabaki zuen (29) lantokian alkohola eta beste drogak kontsumitzearen ondorioei buruzko kezkak estrategia global baten esparruan aztertu behar dira. Froga analitikoak estrategia horren osagaitzat jotzen badira, orduan, desiratutako ondorioak eta desiratzen ez direnak, biak aztertu behar dira.

Desiratutako ondorioen artean, hauek aipa daitezke:

- Egon daitezkeen arriskuak murriztera eta segurtasuna eta osasuna hobetzera zuzendutako **programa global** bat garatzen laguntzea.
- Produktibitatea areagotzeko eta kalitatea bermatzeko **programa global** bat, absentismoa gutxitzeko asmoa duena.

Desiratzen ez diren ondorioen artean, hauek nabarmendu daitezke:

- Beldurrak, mesfidantzak, zuzendaritzaren eta langileen arteko aurkakotasuna, zintzotasun eza eta gizarte-kontrola direla kausa, laneko giroa hondatzea.
- Arau juridikoak eta etikoak ez betetzea.
- Isilpekotasun-eskubidea urratzea.

- Froga akastunek pertsoneri eragiten dizkieten kalteak.
- Enpleguaren segurtasuna gutxitzea.

Halako frogak aplikatzeko, *lehenik eta behin*, funtsezkotzat aitortzen da langileen eskubideekiko begirunea; bereziki, datuen isilpekotasunari eta langileen osotasun fisikoari dagokionez. Hala, nazioko zein nazioarteko legediari, jurisprudentziari, araei eta balioei jarraiki errespetatu behar dira eskubideok.

Bigarren, langileak froga horiek egitera ukatzeko duen eskubidea babesten da. Aukera horretaz baliatzen diren langileak ez dira droga- edo alkohol-kontsumitzailetzat jo behar.

Test horiek emaitza positiboa ematen badute ere, ezin da inor automatikoki droga-kontsumitzaile gisa sailkatu. Espezialista mediko batek egiaztatu behar ditu emaitza horiek; hain zuzen, langilearen aurrekari medikoak aztertu, frogaren emaitza positiboa argitu dezaketen arrazoiak aintzat hartu eta langileari azterketa mediko bat egin ondoren. Izan ere, baliteke medikuak agindutako botikaren bat izatea emaitza positiboaren kausa. Egoera horretan, frogaren emaitza negatibotzat hartuko da eta, beraz, ez da beste neurririk hartuko (LANE, 1996).

Frogak egiteko premia dagoen ala ez, hori lan-motak erabakiko du. LANEren agiriak gogora ekartzen du, berriz ere, langileak intimitaterako

eskubidea duela eta eskubide hori frogak egiteko premiari nagusitzen zaiola.

Behin egiaztatu ondoren emaitza oraindik positiboa balitz, geroko jarduerak **jarduera plan global** baten barruan gauzatu beharko dira; hala, lehen urratsa langileari kemena ematea da aholkularitza-zerbitzuetara edota tratamendu- edo autolaguntza-programetara jo dezan.

Berezkeriarik ez jasateko eskubideari ere eusten zaio agirian eta adierazten da «beharrezko neurriak hartu behar direla frogak ez ditzaten ondorio potentzialki diskriminatzaileak eragin» (LANE, 1996).

Frogen isilpekotasunari dagokionez, LANEK beharrezkotzat jotzen du langileen intimitatea babesteko eta emaitzen isilpekotasuna bermatzeko arauak ezartzea. Funtsezko ikusten ditu:

- langilearen nortasuna isilpean mantentzea;
- langilearen espedientea leku seguru batean gordetzea;
- langilearen baimen espresa lortzea, non zehaztuko baita froga zer substantziak hautemateko egin zen, froga bakoitzaren emaitzen berri eman aurretik.
- ziurtatzea, langileak hirugarren batzuei analisien berri emateko sinatutako baimenean, argi eta garbi zehazten dela nori zuzentzen zaion informazio hori;

- beste baimen bat lortzea langileari buruzko informazioa jakinaraziko zaion pertsona bakoitzarentzat;
- baimenok lekukoaren aurrean sinatzea;
- alderdi interesdunei froga-programaren isilpekotasun-politiken berri ematea (LANE, 1996)

Frogetan zer substantzia hautematen saiatuko den erabakitzeke, hainbat faktore hartu behar dira kontuan:

- substantzian prebalentzia eta lantokian hainbat kontsumitzaiek ekar ditzakeen eraginak;
- hainbat substantzia kontsumitzaiek osasuna kaltetzeko aukera sortzen duela;
- hainbat substantzia kontsumitzaiek lantokian hartutako jokabidean eragiteko aukera sortzen duela.

Horiek guztiak kontuan hartu ondoren enpresan hautemate-testa aplikatzea erabakitzen bada, orduan, kontsumo desegoki posibleak hautemateko protokolo bat egon behar da, betiere prebentzio-plan integralaren barruan. Honelakoa izan behar du:

- Edo segurtasun- eta osasun-batzordeak bateratua, edo prebentziorako ordezkariekin adostua.

- Argi eta garbi jakinarazi behar da noiz aplikatuko diren test horiek. Adibidez:
 - Arrisku bereziko lanak edota norberarentzako edo hirugarren batzuentzako arriskutsuak diren lanak egiten ari direnean edo egingo dituztenean.
 - Abusua dagoela susmatzeko arrazoiak daudenean.
 - Desintoxikazio-tratamendu batetik itzultzean, kontrol gisa.
 - Lan-istripu bat sortu edo sortzen lagundu duelako zantzu adina dagoenean.
 - Lehen mailako prebentziorako osasun-langileek adierazi dutenean badaudela larritzeko arrazoiak.
- Lan-kategoria guztietan berdin aplikatuko dela bermatuko da.
- Eraitza positiboak ezin dira zigortzeko edo kaleratzeko arrazoi gisa erabili.



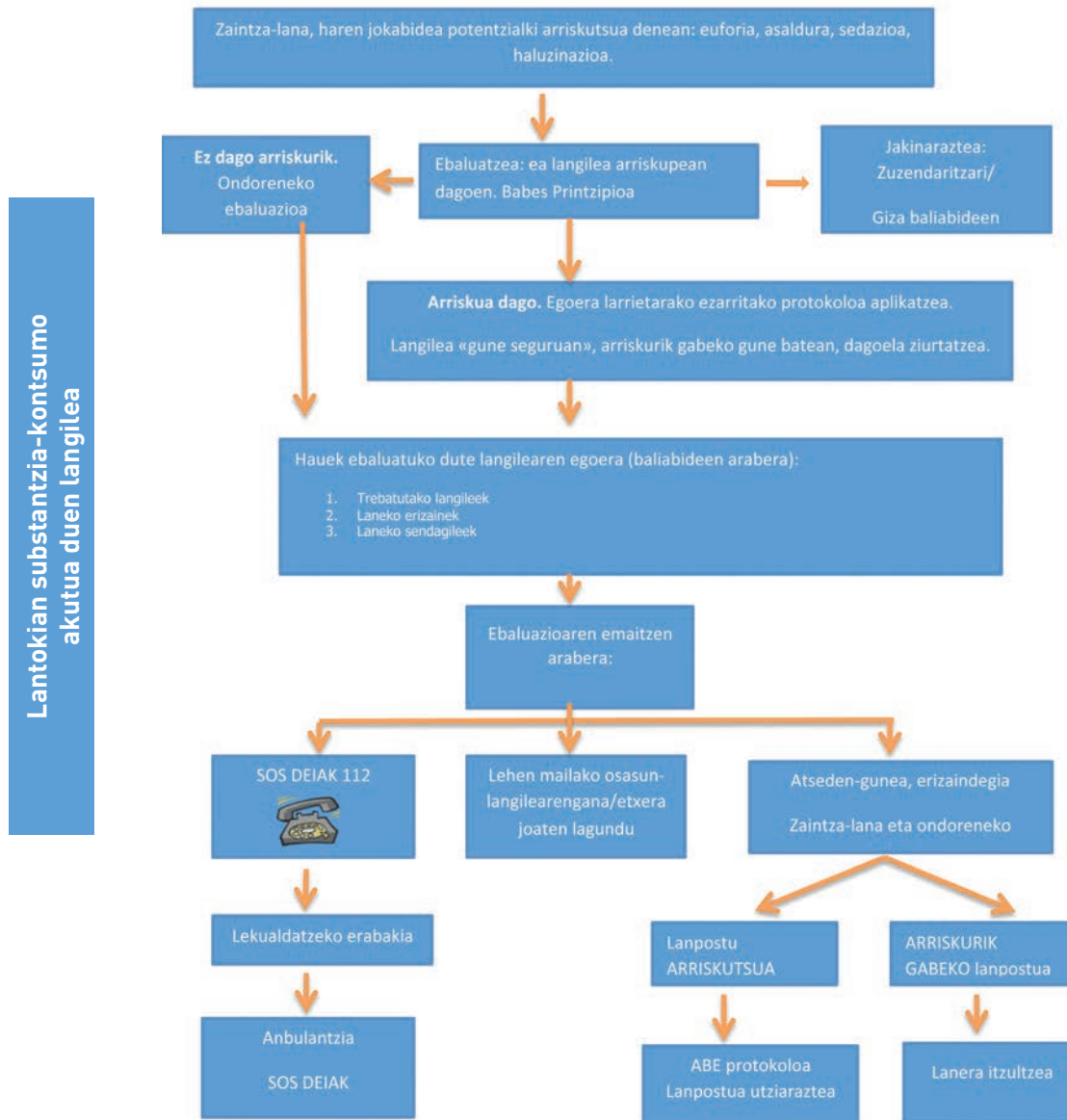
3.2.2.3.- Substantziarik gabeko mendekotasunak

Berriki agertutako arrisku bat denez, oraindik zailtasunak daude lan-ingurunean patologia horiek garaiz hautemateko diagnosi-tresna fidagarri eta baliozkotu batez baliatu ahal izateko.

3.2.2.4.- Alkohol-intoxikazio akuturako jarduketa-protokoloa

Jarduketa-protokoloak prestatuko dira norbanako batek lantokian droga-kontsumoaren eraginpean dagoelako zantzuak agertzen baditu. Argi eta garbi zehaztuko da zer eginkizun beteko duen enpresaren estamentu bakoitzak hautemate-, diagnosi-, tratamendu-, ebaluazio- eta birgizarteratze-prozesuetan. Argi eta garbi zehaztuko dira diziplinazko neurriak ere, eta enpresako langile guztiei jakinaraziko zaizkie (31).

Jarraian, disfuntzio akutuko kasu batean jarduteko proposamen bat azalduko dugu.



3.2.3.- HIRUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Programa honen helburua da osasunaren eta lanaren gain eragin kaltegarria duten gehiegizko kontsumoak eragozte; hala ere, gogoan izan behar da birbideratu beharreko arazo-egoerak topatuko ditugula.

Aukera horietan, gaixoturiko langileak tratatze-
ra eta errehabilitazera bideratuko dira ekintzak;
arriskuak eta kalteak murrizten saiatu behar da.

3.2.3.1.- Enpresaz kanpoko laguntza espezializatua eskuratzea

Enpresak borondatez eta era pertsonalizatuan lagunduko dio langileari laguntza espezializatua bilatzen. Langilea bere osasuna zaintzeko duen erantzukizunaz jabetu behar da; ohartu behar da, halaber, bere osasunerako eta bere lankideentzako arriskutsua dela droga-kontsumitzeagatik bere gaitasunak hondatzen badira.

3.2.3.2.- Lanera itzultzea

Adierazpen formalean argi eta garbi zehaztuko da enpresak zein jarrera hartuko duen eta nola jardungo duen arazoaren aurrean. Enpresak adierazpena sinatu behar du, orobat, eta enpresako langile guztiak ezagutu behar dute idatzian zer esaten den. Adierazpena 4. atalean definituko da.

Langileak ez du aldi baterako ezintasun-epe bat behar izaten desohitze-kasu guztietan. Askotan

programa terapeutikoa eta lan-jarduera bateratu daitezke; azken finean, aldatzeko motibazio handiagoa eta berriz erortzeko aukera gutxiago eskaintzen baititu lanak. Egoera bakoitzaren berezko ezaugarriak aintzat hartuz, ordutegi malguagoa planteatu daiteke; hain zuzen, tratamendu-saioak eta lan-jarduera bateratzeko aukera emango duen ordutegi bat. Prest egon behar da, tratamenduaren arrakasta errazteko asmoz, lanordua eta lanpostuak egokitzeko.

Langileak aldi baterako ezintasun-epe bat behar baldin badu, orduan, alde aurretik planifikatu behar da lanera itzulera. Gomendagarria da komunikazio-kanalak egotea langilearen desohitzea tratatuko duen osasun-langilearen eta enpresan osasuna zaintzeko ardura duen pertsonaren artean.

Gaixoturiko norbanakoari osasun-azterketa bat egin beharko litzaioke ABE luze baten ondoren (hilabete baino gehiagoko ezintasun-epea), betiere haren borondatea errespetatuz. Ostean, zerbitzu medikoak LANERAKO GAI dela ziurtatu behar du, aintzat hartu ondoren, alde batetik, langileak ekarritako txosten mediko guztiak eta bestetik, nolako lan-baldintza eta -eskakizunak dituen haren lanpostuak [32].

Berrerorketak saihesteko, tratamendua mantentzearen eta lanera itzultzearen arteko bateragarritasuna erraztu beharko da. Eskuarki, langilea tratamendu terapeutikoaren azken faseetan itzuliko da lanera; beste urrats bat da gaixoturiko norbanakoa birgizarteratzeko prozesuan.

Osasunaren zaintza-lana ezinbesteko tresna da drogen kontsumo desegokia agertzen duen langilearen errehabilitazioari eta birlaneratzeari jarraipena egiteko. Enpresan edo lantokian osasuna zaintzeko ardura duen pertsonak erabakiko du ea lanpostuan egokitzapenak egiteko premia dagoen; horretarako, gogoan izan behar du une horietan langileak sentiberatasun berezia duela. Lan-ingurunea aztertuko du eta arrisku-egoerak egokitu ditu. Garrantzitsua da, kide guztiak egoerara ondo moldatu ahal izateko, bai eraginko pertsona bai lantaldea gaien trebatzea eta aholkatzea.

Prebentzio-zerbitzuko osasun-langileak langileari jarraipena egin beharko dio eta nola eboluzionatzen duen ikusi. Jarraipenerako epe hori kasuaren arabera izango da; hala ere, gomendagarria da gainbegiratze-epea luzarokoa izatea.

Ezin ahaztu ere ez, langilea LANERAKO EZGAI izan daitekeela ere; hau da, ezin da birlaneratu eta, ondorioz, lan-harremana ezereztua geratuko da, betiere ez baldin badago beste lanposturen bat enpresan, non langile horrek bere lanjarduna gauzatu baitezake. Horiek horrela, gomendagarria da osasun-langileen artean komunikazioa egotea, langileari birlaneratzeko GAI denean emateko alta, nahiz eta gaitasun-baldintzak beharbada mugatuagoak izan. Dena dela, kontuan izan behar da zenbaitetan ezinezkoa izango dela langile hori bere lanpostura itzultzea.

2009-2012 aldirako Drogei buruzko Plan Nazionalan, 3. ataleko 15. jarduerak honela dio: «*Lantokietan programak garatzea bultzatzea, tratamendua hasteko jarduera protokolizatuak eta drogazaletasun-arazoak dituzten langileak lanera itzultzeko **laguntza babestua** barne*». Ideia interesgarria da; hain zuzen, langilearen birlaneratzea zainduko duen arduradun bat egotea langileari lan-errutinara egokitzen laguntzeko.

Birlaneratze-protokoloan, protokoloa bete bitartean langileak dituen erantzukizunak eta betebeharrak aipatu behar dira. Hala, langileak programa batean parte-hartzeak ez du zertan esan nahi prozesuan zehar haren lanpostuko erantzukizunak baztertu ditzakeenik.

4.- PROIEKTUA ONARTZEA

Lantaldeak prestatuko duen egitasmoa partaidetza-prozesu bat da. Arestian adierazi bezala, enpresan prebentzio-ardura duten pertsona guztiak egongo dira tartean. Behin prestatuak, Segurtasun eta Osasun Batzordeak ebaluatuko du; batzorderik ez bada, orduan, sindikatuko ordezkariak balioztatuko dute; eta ordezkariak ezean, horretarako hautatutako langileen edota Laneko Arriskuen Prebentziorako arduradunen esku geratuko da. Azken kasu horretan, enpresaburuak bitartekoren bat jarri beharko du langileek edozein unetan iruzkinak, proposamenak, ekarpenak eta iradokizunak egin ahal izateko.

Bitarteko horren euskarria fisikoa (koadernoak, oholak, iradokizun-ontzia) zein birtuala (e-maila) izan daiteke.

4.1.- IRADOKIZUNAK KUDEATZEA

Enpresak plazaratzen badu egitasmoa aldatzeko proposamena, lantaldearekin adostu beharko du. Taldearen alderdi sozialari bi aste inguru utziko zaio, epe horretan iritzia eman eta ekarpenak egin ditzan eta, ondoren, lantaldearen bidez enpresari helaraziko zaizkio iritzi eta ekarpenok. ERANTZUNIK EZEAN, onartutzat joko dira.

Aldaketa-proposamena langile batek ala gehiagok eginez gero, prebentzio-zerbitzuaren edo lantaldearen bidez, orduan, zerbitzuak edo lantaldeak enpresari jakinaraziko dio. Enpresak lantaldearekin adostu beharko du eskatutako proposamena edo aldaketa onartzeko erabakia.

4.2.- ADIERAZPEN FORMALA

Enpresak mendekotasun-arloko prebentzio-politika bat garatu eta adostu du mendekotasuneko eragin kaltegarria izan dezaketelako langileen —eta, ondorioz, enpresaren—segurtasunean eta osasunean.

Prebentzio-politika hori **idatziz** jaso behar da; hain zuzen, **adierazpen formal** batean, zeinaren bidez enpresak agerian utziko baitu bere konpromisoa.

Adierazpenean hauek jaso behar dira:

- Jarduera-ildoak.
- Alderdi guztien eskubideak eta betebeharrak.
- Hartutako konpromisoak eta finkatutako helburuak.

Adierazpenean enpresak gai hauen inguruan dituen asmoen berri eman behar da:

- Isilpekotasuna.
- Lan-egonkortasuna.
- INDEX

Enpresa bakoitzak zehaztutako beste gai batzuen inguruan.

Enpresaburuaren erantzukizuna da langile guztiek dokumentua indarrean sartu aurretik horien berri izatea. Langile bakoitzari kopia bat eman behar zaio eta adierazpena lantokian kontsultatzen eskuragarri jarri behar da.

5.- JARRAIPENERAKO ETA EBALUAZIORAKO SISTEMA GARATZEA

Enpresako prebentzio-programari jarraipena egin ahal izateko, ezinbesteko baliabidea da ebaluazioa; esku-hartzeak iraun bitartean gauzatu behar da, ez dago-eta beste biderik jakiteko erprestatutako jarduerak gauzaten eta itxarondako emaitzak lortzen ari diren. Garrantzitsua

da, orobat, jarduera eragingabeak —alegia, aldatu edo ezabatu beharrekoak— ezagutzea.

Alderdi hauek ebaluatu behar dira, gutxienez urtean behin:

- Behin programa ezarri eta garatu ondoren, alderdi sozialak eta enpresaburuek programari buruz duten iritzia.
- Eskainitako zerbitzuak erabili dituzten pertsonen kopurua eta kontsulten emaitzak.
- Programaren eragina. Hautatutako adierazleen bidez neurtuko da, esaterako, absentismoa, ekoizpena, istripu-tasa, langileen txandakatzea, langile sailean gatazkak gutxitzea, etab.
- Programan aurreikusitako jarduerak gauzatzeko ageritako gabeziak eta arazoak.
- Erabakitzea ea errealitate berriak sortu diren, programan aurreikusi ez zirenak.

Azken finean, ebaluatuko dira bai kronograma, eta bai hasierako adierazleak ere.

Finkatutako helburuak neurri egokian bete ahal izateko, funtsezkoa da programaren ezarpenari jarraipen zorrotza egitea eta programa aldizka ebaluatzea.

Lan-ingurunean mendekotasunei aurrea hartzeko planaren ezarpena bizirik dagoen elementu bat da; haren garapenean lortutako emaitza positibo eta negatiboek bide emango dute indartu edo aldatu beharreko jardunbideak egokitzeko.

6. LAGUNTZA- ETA AHOLKU-ZENTROAK EUSKAL AUTONOMIA ERKIDEGOAN

OSASUN SAILA

OSASUN SAILBUORDETZA
OSASUN PUBLIKOAREN ETA ADIZKIOEN ZUZENDARITZA

C/ Donostia-San Sebastián,1
01010 Vitoria-Gasteiz
Tfnoa: 945 01 81 04

www.osakidetza.euskadi.net

Helbide horretan Euskal Autonomia Erkidegoan mendekotasun-
gaien inguruan jarduerak gauzatzen dituzten zentroyen zerrenda
gaurkotua aurkitu daiteke.

Aipatutako bibliografia

- 1 Drogei buruzko Ekintza Plana 2009-2012. 2010. Osasun eta Gizarte Politika Ministerioa - Drogei buruzko Plan Nazionalerako Gobernuaren Ordezkaritza (2010). (http://www.pusd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf)
- 2 2011-15eko Euskal Autonomia Erkidegoko Mendekotasunen VI. Plana Eusko Jaurlaritzako Osasun eta Kontsumo Saila. Droga Gaietako VI. Zuzendaritza.
- 3 Euskadirako Osasun Politikak 2013-2020. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>.
- 4 Abenduaren 21ko 7/1993 Legea. 1994ko urtarrilaren 7ko EHAA, 4. zk.
- 5 Drogen kontsumoak eragindako arazoak murrizteko eta prebenitzeko ekimenak lantokietan. LANAREN NAZIOARTEKO ERAKUNDEA. 1988.
- 6 Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011. DROGEI BURUZKO PLAN NAZIONALERAKO GOBERNUAREN ORDEZKARITZA 2011-2012. Madril, 2013ko urtarrilaren 22an.
- 7 Euskadi eta Drogak 2012, Eusko Jaurlaritzaren Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. http://www.euskadi.net/85-ckdrog11/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/publicaciones_ovd_euskadi_drog.html.
- 8 Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. Fernando G. Benavides, Núria Ruiz-Forès, Jordi Delclós eta Antònia Domingo-Salvany. Gac Sanit. 2012.
- 9 EAEko Osasun Inkesta 2013. Osakidetza www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/...escav13/index.
- 10 La ludopatía (Jugando a perder). Osakidetza, Euskal Osasun Zerbitzua. 2000ko Abendua. Kontxi Báez Gallo doktorea.

- 11 Trastornos asociados al juego patológico. José Luis García Martínez Carmen Díaz Navarro, Jose A. Aranda Romero. Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar, Madrid. Anales de psicología, 1993, 9 (1): 83-92. Joko patologikoaren definizioa.
- 12 CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (10ª edición). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. 1992. Osasunaren Mundu Erakundea (OME).
- 13 1999ko urriaren 3ko EHAA. 18/1998 Legea, ekainaren 25ekoa, droga-mendekotasunen arloko prebentzio, laguntza eta gizarteratzeari buruzkoa.
- 14 Serie e informes técnicos 1975, 516 zk. Osasunaren Mundu Erakundea.
- 15 Laboro dependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. Javier Fernández-Montalvo eta Enrique Echeburúa. Nafarroako Unibertsitate Publikoa. Euskal Herriko Unibertsitatea. 1998.
- 16 Osasunaren Mundu Erakundeko Europako Eskualde Bulegoak antolatutako "Salud, Sociedad y Alcohol" Europako Konferentziaren Alkoholari buruzko Europako Gutuna. Paris, 1995.
- 17 Conduites addictives et travail. 2008. Durand E., Gayet C., Laborde L., Van Dewweerd C., Farges. INRS
- 18 A Typology of Workaholics with Implications for Counselors. Robinsons, B.E (2000). Journal Addiction & Offender Counseling, 21: 34-38.
- 19 579. Prebentzioko ohar tekniko (NTP). LSHIN
- 20 Los nuevos riesgos emergentes y modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. LANE. 2010.
- 21 Juego patológico. Ochoa, E. eta Labrador, F.J. (1994). Bartzelona: Plaza y Janés.
- 22 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- 23 Plan de prevención de riesgos laborales. Jenaro Romero. <http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/rrhh/planpreven.htm>
- 24 Mano a Mano. Programa de prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Salvador Llivina, T; Suelves, J.M; Pozo, J. del (2003). Plan riojano de drogodependencias y otras adicciones.

- 25 Guía de intervención sindical sobre drogodependencias en el ámbito laboral. Hemen aurki daiteke: <http://www.coomadrid.es/comunes/temp/recursos/14/464996.pdf>.
- 26 Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. Carmen Otero Dorrego .Med Segur Trab 2011; 57. 1. eranskina.
- 27 Protocolo de elaboración de planes de prevención en las empresas. Magdalena Morey, Xochitl Mejía, Xisca Cañellas, Juan Ramón Santos, Gorka Moreno. Proyecto Hombre
- 28 Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en la población laboral. Navarro (1999). VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana
- 29 Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. LANAREN NAZIOARTEKO ERAKUNDEA (1996): Genevako LANE.
- 30 Principios rectores para pruebas destinadas a detectar el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo. Oslo (Honefoss), Norvegia. LANE - LANAREN NAZIOARTEKO ERAKUNDEA (1993)
- 31 Como prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Bilbo: Confebask 2005
- 32 El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar. Rafael Mayorga, Amaya Moreno, Idoia Gonzalez. Mutua Navarra

Kontstatutako bibliografia

1. ASKOREN ARTEAN (1994): Estudio de las drogodependencias en el mundo laboral. Gasteiz: Eusko Jurlarritza.
—, (1989): Alcohol y drogas: programas de asistencia a los trabajadores. Madril: Lan eta Gizarte Segurantzza Ministerioa.
2. AGIRRE, J.I.; ASUA, J.; COTO, J.C.; DOMÍNGUEZ, E.; GARCÍA, J.M.; GONZALEZ DE AUDIKANA, M.; et al. (1992). Drogodependencias en el mundo laboral. Debate social ante las drogodependencias, Euskadi 1992. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jurlaritzaren Argitalpen Zerbitzua (167-215).
3. ARANA, X; GERMAN I. Consumo de drogas: repercusiones socio-jurídicas en el ámbito Laboral. www.ivic.ehu.es/p278.../es/.../cv%20German-Arana.indd.pdf

4. ALHAMBRA PÉREZ, M.C.P.; SEGURA ABAD, L.J. (2001): El alcohol: cuestiones jurídico médicas: [aspectos civiles, penales, administrativos y laborales; jurisdicción de menores; valoración de la práctica médico-forense]. Granada: Comares.
5. BEH thématique. 2009ko martxoak 10/ 10-11 zk. Femmes et addictions. http://www.invs.sante.fr/beh/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf.
6. Benavides, F; Ruiz-Forès, N; Delclós, J; Domingo-Salvany, A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España .Gaceta Sanitaria 27 Lib. 03 Zk. 2013ko maiatza - 2013ko ekaina.
7. CABARCA, M.; FERNÁNDEZ DÁVILA, S. (Itzul.) (2003): Problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el trabajo: el cambio hacia la prevención. Madril: Lan eta Gizarte Gaietako Ministerioa, Argitalpenen Azpizuzendaritza Nagusia.
8. CAPORALINI A, YENNERICH, VÉLEZ M, GONZÁLEZ E. Manual de prevención de adicciones en el ámbito laboral. Conocer y prevenir. Un enfoque interdisciplinario. Buenos Aires.
9. CARBONELL, J.C.; GONZÁLEZ, J.L. (1996): Comentarios al Código Penal de 1995. Vives Antón, T.S. (koord.). Valencia: Tirant lo Blanch.
10. CAÑIZARES, F.I. [et al.]. Manual para la prevención laboral de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, ANDALUZIAKO JUNTA. DROGA GAIETARAKO ORDEZKARITZA, SEVILLA, 2004.
11. CASTAÑO, V., MARTINEZ, P. Buenas prácticas para la reinserción sociolaboral de la población de mujeres ex consumidoras. ATENEA FUNDAZIOA. Madril, 2010,
12. CENTER CANADIEN D´HYGIÉNE ET SÉCURITE AU TRAVAIL. Abus de substances en milieu de travail. <http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/substance.html>.
13. CCOO (1989): La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madril: CCOO
14. —, (2001): Estrategias de acercamiento en drogodependencias. Paso a paso. Madril: Ingurumenerako eta Lan Osasunerako CCOOko Idazkaritza Konfederala.
15. —, (2002): Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias. Madril: Ingurumenerako eta Lan Osasunerako CCOOko Idazkaritza Konfederala.
16. —, (2003): Alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Madril: Ingurumenerako eta lan Osasunerako CCOOko Idazkaritza Konfederala.

17. —, (2004): Encuentro Sindical sobre drogodependencia. Una visión global. Madrid: Ingurumenerako eta Lan Osasunerako CCOOko Idazkaritza Konfederala.
18. —, (2006): Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid: ISTAS.
19. CONFEBASK (2005): Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Bilbo: Confebask.
20. «Alcool, drogues et prevention en milieu professionnel : quels enjeux, quels defis pour les gouvernements, l'entreprise et les personnel? » Konferentzia, Europako Kontseilua. 2012ko maiatzaren 14/15
21. KANARIAKO GOBERNUAREN OSASUN SAILA. Más vale prevenir Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/201107Masvaleurprevenir.pdf>
22. EUROPAR BATASUNEKO KONTSEILUA (2002): Resolución sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006). Europar Batasuneko Kontseilua.
23. Convention collective de travail, 100. zk. Une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise . Conseil national du Travail: Bruxelles 2009 <http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/DocumentBelgeCNT.pdf>
24. COTO, J.C.; DE PABLO, F.; HERRERO, E.; MARTÍNEZ, J. (1987): Trabajo y drogas. Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi -1987-. Vitoria-Gasteiz: Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Eusko Jaurlaritza. 189-211.
25. DE ALVARO, M.A. [et al.]. Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes. GAZTELA ETA LEONGO JUNTA. Valladolid, 2007.
26. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Worker Substance Use and Workplace Policies and Programs. <http://www.oas.samhsa.gov/work2k7/work.pdf>.
27. OSASUN SAILA (2004): Osasun Publikoko txostena, 2004. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila.
28. —, (2006): Toxikomaniei buruzko Estatuko Informazio Sistemaren txostena (SEIT). Euskal Autonomia Erkidegoa 2004. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila.

29. ETXEBIZITZA ETA GIZARTE GAIETAKO SAILA (2006): Euskal Autonomia Erkidegoko Droga-mendetasune buruzko V. Plana. 2004-2008. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
30. EUSKO JAURLARITZAREN OSASUN ETA KONTSUMO SAILA 2010.EAE01' 07. Encuesta de Salud del País Vasco 2007 Euskal Osasun Inkesta (http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-escav/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav/adjuntos/Encuesta_salud_2007.pdf).
31. Dossier Consommations en milieu de travail . 2009ko martxoak 10. Addictions, 25. zk. ANPAA. Frantzia
32. Drogas y género. Farapi SL. 2009. https://www.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf.
33. Effective interventions unit, a guide to working in partnership: employability provision for drug users. Scottish Executive Effective Interventions Unit. Edinburgh, 2003.
34. Eusko Jaurlaritz 2009. Droga politiken diseinu- eta plangintza-jardunbide egokien azterketa txostena euskal autonomia erkidegoko droga-mendetasune buruzko 2009-2013 BOSTURTEKO VI. PLANA egiteko lagungarri.
35. 2007-2008 Inkesta, Espainiako lantokietan substantzia psikoaktiboen kontsumoari buruzkoa. DROGEI BURUZKO PLAN NAZIONALERAKO GOBERNU ORDEZKARITZA. MADRIL, 2011.
36. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España .EDADES 2011 2011-2012. DROGEI BURUZKO PLAN NAZIONALERAKO GOBERNU ORDEZKARITZA. Madril, 2013ko urtarrilak 22.
37. Enquête sur les consommations de tabac, d'alcool et de drogues en milieu maritime civil. "13es Journées de la Médecine des Gens de mer". 2008ko martxoak 13. Fort Emmanuel. Pr. Bergeret Alain. SSGM.
38. Euskadi eta Drogak 2012. SiiS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. https://www.euskadi.net/r85-ckdrog11/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/publicaciones_ovd_euskadi_drog.html.
39. FAD (2002): La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madril: FAD.
40. FRAYSSE, D.; KUNZ, V ; TUMERELLE, D. Medisis 2006. Substances addictives et travail: aide à la décision. Institut de Sante au travail du Nord de la France. http://www.medisis.asso.fr/upload/GUIDE_addictions.pdf.

41. GERMAN CENTRE FOR ADDICTION ISSUES (2010): Alcohol at the workplace. Case studies. Good practices, programmes or projects in European countries.
42. GERMAN CENTRE FOR ADDICTION ISSUES. Hamm, 2010. Alcohol and the workplace. A report on the impact of work place policies and programmes to reduce the harm done by alcohol to the economy
43. González de Audicana, M. eta García J. Martínez, A. (1996): La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral. Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
44. GONZALEZ, M.J. [et al.]. Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. INSTITUTO SINDICAL DE TABACO, AMBIENTE Y SALUD. Valentzia, 2006
45. GOUVERNEMENT DU QUEBEC MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. 1999. Comité permanent de lutte à la toxicomanie Prévention de la toxicomanie en milieu de travail: agir ensemble, là où ça compte.
46. Dossier médical en santé au travail. HAS. 2009ko urtarrila. Frantzia.
47. HORTAL IBARRA, J.C. (2004): Legitimación y eficacia de la intervención penal en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. La política criminal en Europa. Mir Puig, S.; Corcoy, M. (zuz.). Barcelona: Atelier, 237-252.
48. http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/CONDUITES_ADDICTIVES.pdf
49. http://www.drogomedia.com/res_herramientas.php (testu osoak eskuratzeko).
50. HUERTA, A. [et al.]. Manual Práctico para la creación de empresas de inserción. Drogazalearentzako Arretarako Entitateen eta Erakundeen Espainiako Batasuna. Madril, 2000.
51. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO “Drogas en el ámbito laboral”. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/.../drogas_septiembre2007.pdf
52. LANEKO SEGURTASUN ETA HIGIENEKO INSTITUTU NAZIONALAREN
53. 394 NTPa: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/.../ntp_394.p...
54. LANEKO SEGURTASUN ETA HIGIENEKO INSTITUTU NAZIONALAREN 455 NTPa: Trabajos turnos y nocturnos. Aspectos organizativos. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/.../ntp_455.p...

55. INRS: DURAND E., GAYET C., LABORDE L., VAN DEWEERDT C., FARGES E. Conduites addictives et travail .2008.
56. INRS. Eric DURAND. http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/alpesmed/evenements/rns2009/pdf/06_E_Durand.pdf
57. INRS ED 6147. Les pratiques addictives en milieu de travail principes de prévention. 2013ko martxoan. <http://damienduquesne.unblog.fr/files/2013/04/inrs-pratiques-addictives-milieu-de-travail-2013.pdf>
58. ISTAS 2006. Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas.
59. JIMENEZ, J. [et al.]. Lineamientos generales: drogodependencias, Inserción Laboral y autoempleo. AGENCIA ANTIDROGA. Madril, 2007. 132 or.
60. JIMENEZ, J. [et al.]. Propuesta metodológica de inserción socio laboral a través del autoempleo. AGENCIA ANTIDROGA. Madril, 2007.
61. JIMENEZ, J. [et al.]. Experiencias de buenas prácticas en inserción laboral de drogodependientes para los técnicos de la red de la agencia antidroga. AGENCIA ANTIDROGA. Madril, 2007.
62. Les consommations : quelle prévention en entreprise? Éric DURAND. Département EAM. INRS. "13es Journées de la Médecine des Gens de mer". 2008ko martxoaren 13an.
63. Livre blanc de l'addictologie française. FFA - 2011ko maiatzaren 24an. http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf
64. MELERO, J.C eta ORTIZ, A. Lugar de trabajo libre de drogas. Bilbo: Edex. 2002.
65. OSASUN ETA GIZARTE POLITIKARAKO MINISTERIOA. Drogei Buruzko Estrategia Nazionala (2009-2016). 2009. Madril: Drogei buruzko Plan Nazionala. 102 or. <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiasPNSD2009-2016.pdf>).
66. LAN ETA IMMIGRAZIO MINISTERIOA -LSHIN M. DOLORES SOLÉ. Integración de la prevención de las drogodependencias en la planificación preventiva de las empresas.
67. DROGEI BURUZKO ESTATUKO 2010KO PLANERAKO GOBERNUAREN ORDEZKARITZA - OSASUN ETA GIZARTE POLITIKA MINISTERIOA. Drogei buruzko jarduera-plana, 2009-2016. 2010. (http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf)
68. NAVARRO, J. (1999): Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en población laboral. "VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario". Chiclana

69. NAVARRO, J. [et al.] (1987): La incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral. Madril: UGT.
70. NAVARRO, J.; GÓMEZ, E. (1998): La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la Comunidad de Madrid. Madril: FAD.
71. NAVARRO, J.; RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, E. (2002): La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madril: FAD.
72. NAVARRO, J.; MEGÍAS, E. (2006): La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana, 2005. Madril: FAD eta Valentziako Generalitatea.
73. NORDMANN,PR; http://www.alcoosite.fr/gr-travail/doc-te/ CONDUITE_PROFESSIONNELLE_ET CONDUITES_ADDICTIVES.pdf
74. DROGEN ETA TOXIKOMANIEN EUROPAKO BEHATOKIA. Droga-arazoen egoera eta joerak Espainian. 2011ko txostena. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>.
75. DROGA-MENDEKOTASUNEN EUSKAL BEHATOKIA (2006): 2004ko txostena. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
76. Olivier PALMIERI eta Maud CRETON: Toxicomanies et addiction. Cas cliniques 2005. JdV Dijon. 2005ko abendua.
77. LANAREN NAZIOARTEKO ERAKUNDEA (1988): Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol. Geneva: LANE.
78. —, (1994): Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de drogas y alcohol. Geneva: LANE.
79. —, (1996): Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Geneva: LANE.
—, (1995): Repertorio de medidas prácticas para la atención de los consumidores de alcohol y drogas en el trabajo. Geneva: LANE.
80. —, (1998): Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Geneva: LANE.
81. —, (2002): Drug and alcohol abuse – an important workplace issue. [on line dokumentua]: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm>. 2002ko martxoa.

82. —, (2002): A consensual approach to workplace substance abuse. [on line dokumentua]: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/consen.htm>. 2002ko martxo.
83. —, (2003): Problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el trabajo. Madril: Lan eta Gizarte Gaietako Ministerioa. Argitalpenen Azpizuzendaritza Nagusia.
84. OME: Osasunaren Mundu Erakundeko Europako Eskualde Bulegoak antolatutako "Salud, Sociedad y Alcohol" Europako Konferentziaren Alkoholari buruzko Europako Gutuna. Paris, 1995.
85. PEDROGA ALQUEZAR, S.I. (2005): La vigilancia de la salud en el ámbito laboral: regulación legal, límites y cuestiones problemáticas. Madril: Economía eta Gizarte Kontseilua.
86. PEREA, O. [et al.]. Buenas prácticas en incorporación sociolaboral con drogodependientes. RED ARRAÑA. TEJIDO DE ENTIDADES SOCIALES POR EL EMPLEO. Madril, 2003.
87. PEREA, O. [et al.]. Guía de procedimientos de intervención en orientación sociolaboral con personas en tratamiento por drogodependencias, caso práctico. Proceso de orientación sociolaboral con personas en tratamiento por drogodependencias. Modelo COS , AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Madril, 2003.
88. QUINTERO, G. (zuz.); MORALES, F. (koord.) (2004): Comentarios al nuevo código Penal, (3ª ed.). Navarra: Aranzadi.
89. ROBERTS, M. [et al.]. Drug testing in the workplace: the report of the independent inquiry into drug testing at work. JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION. York, 2004.
90. RODRIGUEZ, L.E. Guía de buenas prácticas en los programas de incorporación sociolaboral de las entidades. UNION DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCION AL DROGODEPENDIENTE (UNAD). Madril, 2005.
91. RODRIGUEZ, L.E. Documento marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. UNION DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCION AL DROGODEPENDIENTE (UNAD). Madril, 2005,
92. SALVADOR LLIVINA, T.; SUELVES, J.M.; POZO, J. del (2003): Mano a mano Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Logroño: Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
93. SANCHEZ, L.: Modelo de gestión de los procesos de integración socio laboral de la población drogo-dependiente en Castilla y León. GAZTELA ETA LEONGO JUNTA. Valladolid, 2007. 83 or.

94. SIIS (2006): Euskadi eta Drogak 2006. Droga-mendekotasunen Euskal Behatokia.
95. TORRIJOS, M.: Mercado laboral, procesos de incorporación y empleabilidad de trabajadores con problemas de Drogodependencias. RED ARAÑA. TEJIDO DE ENTIDADES SOCIALES POR EL EMPLEO. Madril, 2005.
96. UGT (2003a): Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. 1. zk. [on line]. 2003. [kontsulta 2006ko azaroan]. Interneten eskuragarri: <http://www.ugt.es/laboral/drogasnumero1.pdf>.
—, (2003b): Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. 3. zk. [on line]. 2003. [kontsulta 2006ko azaroan]. Interneten eskuragarri: <http://www.ugt.es/slaboral/drogasnumero3.pdf>.
97. —, (2011): Mujer y drogodependencias en el ámbito laboral mano por la prevención. [http://www.ugt.es/saludlaboral/GUIA PREVENCION MUJER-.pdf](http://www.ugt.es/saludlaboral/GUIA_PREVENCION_MUJER-.pdf)
98. UNION DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCION AL DROGODEPENDIENTE: Documento marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos. Unión de asociaciones y entidades de atención al drogodependiente (UNAD). Madril, 2005.
99. VALLE, J.M.; VILLACAMPA, C. (2004): Comentarios al nuevo código Penal (3ª ed.), G. Quintero (zuz.); F. Morales (koord.). Nafarroa: Aranzadi.
- 100 VIVES ANTÓN, T.S. (koord.) (1996): Comentarios al Código Penal de 1995. Valentzia: Tirant lo Blanch.
- 101 WORLD HEALTH ORGANIZATION COPENHAGUE (2006): Legislating for smoke free workplaces.

GUIA PARA LA IMPLANTACION DE UN PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN LA EMPRESA



Osakidea
Laneko Seguratasun eta Osasunerako Euskar Eragundea
Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ENPLEGU ETA GIZARTÉ
POLITIKETAKO SALA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO
Y POLÍTICAS SOCIALES

Impresión: Garcinuño Comunicación Gráfica
Jon Arróspide, 11 - 2ª Planta • 48014 Bilbao

Depósito Legal: BI-1421-2014

**GUIA PARA LA
IMPLANTACION
DE UN PLAN DE
PREVENCIÓN DE
LAS ADICCIONES
EN LA EMPRESA**

| | |
|--|-----------|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 11 |
| 2.- DROGAS Y MUNDO LABORAL | 15 |
| 3.- MARCO NORMATIVO | 23 |
| 1.- Normativa internacional | 23 |
| 1.1.- Unión Europea | |
| 1.2.- Organización Internacional del Trabajo (OIT) | |
| 2.- Normativa estatal | 26 |
| 2.1.- Constitución Española | |
| 2.2.- Código Penal | |
| 2.3.- Estatuto de los trabajadores | |
| 2.4.- Ley General de sanidad | |
| 2.5.- Ley de prevención de riesgos laborales | |
| 3.- Normativa autonómica CAV | 29 |
| 3.1.- Ley 18/1998 | |
| 3.2.- Ley7/2004 | |
| 3.3.- Ley 1/2011 | |
| 4.- CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES | 33 |
| 1.- Definiciones | 33 |
| 2.- Sustancias Adictivas | 37 |
| 2.1.- Clasificación de sustancias adictivas | |
| 2.2.- Alcohol | |
| 2.3.- Sustancias adictivas y riesgos | |
| 3.- Adicciones sin sustancias | 39 |
| 5.- PLAN DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN LAS EMPRESAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA | 41 |
| 1.- Creación de un grupo de trabajo | 45 |
| 2.- Estudio de la situación de la empresa | 46 |
| 2.1.- Evaluar coste/beneficio | |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 2.2.- Análisis previo | |
| 2.2.1.- Punto de partida | |
| 2.2.2.- Factores favorecedores de consumo | |
| 2.2.2.1.- Factores extra laborales | |
| 2.2.2.2.- Factores laborales | |
| 2.2.3.- Factores protectores de las adicciones | |
| 2.3.- Recursos | |
| 3.- Proponer una política de prevención en la empresa | 51 |
| 3.1.- Definir objetivos | |
| 3.2.- Desarrollo del plan de actuación | |
| 3.2.1.- Prevención primaria | |
| 3.2.1.1.- Información y sensibilización | |
| 3.2.1.2.- Pautas de consumo | |
| 3.2.1.3.- Evaluación en la empresa | |
| 3.2.2.- Prevención secundaria | |
| 3.2.2.1.- Test de despistajes o detección de consumo | |
| 3.2.2.2.- Test de despistaje conductas adictivas | |
| 3.2.2.3.- Protocolo de actuación en intoxicación aguda | |
| 3.2.2.4.- Programas de formación e información | |
| 3.2.3.- Prevención terciaria | |
| 3.2.3.1.- Acceso a las ayudas especializadas | |
| 3.2.3.2.- Retorno al trabajo | |
| 4.- Aceptación del proyecto | 61 |
| 4.1.- Gestión de sugerencias | |
| 4.2.- Declaración formal | |
| 5.- Desarrollo de un sistema de seguimiento y evaluación | 62 |
| 6.- CENTROS DE AYUDA EN LA CAV | 65 |

PRESENTACIÓN

La ley de creación del Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales – OSALAN, otorga a este organismo en su artículo 4, entre otras funciones, la función de «Vigilar el fenómeno de la drogodependencia en el ámbito laboral, elaborando estudios e informes sobre la incidencia en la Seguridad y Salud Laborales de las sustancias estupefacientes y del alcohol y el tabaco.»

Las adicciones, con consumos ocasionales o repetidos, si están presentes en el mundo laboral pueden suponer un mayor número de accidentes laborales, una mayor tasa de absentismo, un mayor número de bajas o bajas más duraderas por enfermedad común o profesional, etc..., asociados a las personas adictas. Pero también se pueden ver afectadas terceras personas, las instalaciones o la propia organización. Por ello, es importante actuar sobre las adicciones en el mundo laboral: disminuir o eliminar las ya existentes y prevenir la aparición de nuevas.

Este documento-guía pretende subrayar los riesgos derivados de las adicciones y la importancia de la prevención de las prácticas adictivas, facilitar la implantación de planes de prevención de adicciones en las empresas y ayudar a clarificar las responsabilidades compartidas entre todos los agentes implicados: la empresa, las personas trabajadoras y sus representantes, así como responsables de las diferentes áreas del servicio de prevención.

Para lograrlo, se deberá actuar desde una perspectiva amplia, con una óptica preventiva y de coordinación, teniendo en cuenta los requerimientos, la normativa vigente y el consenso de todo el personal implicado, abordando la cuestión con responsabilidad y sensibilidad, siendo conscientes de las dificultades de antemano y adaptándose a la realidad concreta de cada centro de trabajo.

Izaskun Urien Azpitarte

AUTORÍA

María Jesús Martín Díez.

Médico especialista en Medicina del Trabajo. OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

Maite Robertson Sangrador.

Médico especialista en Preventiva y Salud Pública. OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

Ana Rosa Zubia Ortíz de Guinea.

Médico especialista en Medicina del Trabajo. OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

M^a Nieves de la Peña Loroño.

Técnico en Prevención de Riesgos Laborales. OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

COORDINACIÓN

María Jesús Martín Díez.

Médico especialista en Medicina del Trabajo. OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.

AGRADECIMIENTOS

A la **Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Confebask y CC.OO.** por la crítica constructiva realizada al borrador de esta guía.

A **Maite Gómez Echevarria** por la revisión realizada y la orientación psicosocial realizada a esta guía.

A los **compañeros de la Unidad de Salud Laboral y Servicios Centrales de OSALAN**, por sus importantes aportaciones y colaboración inestimable para que esta guía viera la luz.

1. INTRODUCCIÓN

Las adicciones representan un importante problema de salud pública en nuestro medio. En las últimas décadas se han producido continuos cambios en los patrones de consumo, y la actuación sobre dicho consumo se ha visto, a su vez, dificultada por la constante aparición de nuevas drogas y sustancias, cuyos efectos, a veces, no son bien conocidos, así como la constatación de adicciones sin sustancia

El consumo ocasional o repetido conlleva, si presente en el mundo laboral, riesgos para la salud y seguridad de las personas trabajadoras

El PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1) tiene un enfoque integral de la salud, por lo que contempla la salud laboral.

El VI PLAN DE ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI 2011-2015 (2) recoge como una de sus Acciones el Fomento de una cultura preventiva en el ámbito de Trabajo, a través de la promoción de medidas preventivas de carácter universal, que no supongan problemas para las relaciones entre las personas trabajadoras entre sí ni con la dirección de su empresa.

El PLAN DE SALUD DE EUSKADI 2013-2020 (3) define como Área Prioritaria la promoción de la salud, los entornos y los estilos de vida saludables, con medidas de lucha frente al tabaquismo, el consumo de alcohol y otras adicciones.

Por tanto, en el desarrollo e implantación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales es necesario incluir todo aquello relacionado con las adicciones y su prevención. Además, en el entorno laboral también se deberán tanto promover la salud como facilitar los entornos y hábitos saludables.

OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales-, como órgano del Gobierno Vasco encargado de gestionar las políticas en materia de seguridad, higiene, medio ambiente y salud laborales tendentes a la eliminación o reducción en su origen de las causas

de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo, tiene como una de sus funciones (Ley de Creación de OSALAN [4], artículo 4) «Vigilar el fenómeno de la drogodependencia en el ámbito laboral, elaborando estudios e informes sobre la incidencia en la seguridad y salud laborales de las sustancias estupefacientes y del alcohol y el tabaco.»

Las razones que justifican intervenciones en materia de prevención de adicciones en el marco de la empresa se sustentan en:

- las prevalencias de consumo de la población general que también se dan en la empresa.
- continuidad en el tiempo de los programas de prevención en la población diana sobre la que se va a realizar la intervención.
- el número de horas de convivencia en los lugares de trabajo con el mismo ritmo horario de las personas trabajadoras.
- así como de la disponibilidad en las empresas de la infraestructura preventiva

Por todo ello, es de suma importancia que el Plan de Prevención de Riesgos de la empresa contemple los posibles efectos negativos de las adicciones, bien sean originadas por agentes externos a la empresa, bien como consecuencia de factores laborales o ambos. Las políticas de prevención de adicciones y de promoción de hábitos de salud saludables deberán concretarse en acciones de prevención colectiva con el objetivo de evitar, reducir o eliminar las adicciones. Estas accio-

nes, en concreto, requieren estar apoyadas por la Dirección implicar al conjunto de la empresa, y facilitar y apoyar la asistencia a tratamientos, siempre y cuando así fuese indicado y aceptado por la persona trabajadora con problemas de adicción. Toda intervención debe ser continuada en el tiempo y evaluable.

El objetivo de esta guía es ser una herramienta que facilite la implantación de planes de prevención de adicciones en las empresas, una vez descritos los riesgos derivados del consumo y la importancia de la prevención de las prácticas adictivas en la empresa.

Para el desarrollo de dicho plan de prevención de adicciones en la empresa se deberá actuar con responsabilidad y sensibilidad, desde una perspectiva amplia, con una óptica preventiva, teniendo en cuenta los requerimientos, la normativa vigente, etc. y el consenso de todo el personal implicado. Además, se deberá tener en cuenta de antemano que no hay fórmulas sencillas y que la realidad de cada centro de trabajo es única a la hora de abordar las adicciones en la empresa.



2. DROGAS Y MEDIO LABORAL

Según datos de INSHT 2007, en el País Vasco, debido al consumo indebido de sustancias en el medio laboral, se cuantificaron 934.419 jornadas perdidas en un año, lo que equivale a una pérdida de 44 millones de EUR.

Otros datos de los efectos del consumo inadecuado en el mundo laboral son:

El nivel de absentismo se estima entre tres y cuatro veces mayor en una persona trabajadora con consumo inadecuado¹ que en una sin consumo problemático².

Una persona categorizada como "bebedora excesiva"³ tiene, en general, el doble de ausencias por enfermedad y el triple de días por enfermedad común, y pierde, de media, unos 45 días de trabajo al año.

La frecuencia de accidentes de trabajo llega a multiplicarse por tres en las personas que están bajo los efectos de las drogas.

La productividad de la empresa se puede ver disminuida ya que el consumo de sustancias tiene efectos sobre el rendimiento laboral: dificultad para el trabajo en equipo, mayor número de pausas o ausencias, dificultades de concentración, trabajo de menor calidad y menor posibilidad de movilidad dentro de la empresa.

¹ Consumo inadecuado: se entiende como uso indebido de drogas, al empleo no médico de una cantidad de sustancias químicas que tienen efectos sobre el sistema nervioso central (SNC) y que condiciona el comportamiento de las personas.

² Consumo problemático de drogas: Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros.

³ Bebedores excesivos son los que sobrepasan la ingesta media de su comunidad y alcohólicos: son aquellos bebedores excesivos en los que se establece una verdadera dependencia del alcohol, que les imposibilita su supresión.

La OIT (5) recoge que el 10% de las personas que trabajan tiene problemas de adicciones y que originan el 80% de los problemas de personal. Así mismo, el consumo puede ser el origen de deterioro del ambiente laboral e imagen de la empresa.

El consumo varía en función del puesto de trabajo y de la actividad económica de la empresa, aunque también difiere según el sexo. Entre los varones el consumo de alcohol parece ser mayor entre los que realizan actividades de dirección y gestión con respecto al resto de categorías ocupacionales, sin embargo, por actividad económica, destaca el alto consumo de alcohol presente en el sector de la construcción.

En el caso de las mujeres, las diferencias se observan en las sustancias ilegales, siendo las trabajadoras manuales las que tienen menores consumos de sustancias adictivas. El mayor consumo de alguna sustancia ilegal, diferente del cannabis, se encuentra en las mujeres que trabajan en transportes, hostelería y comercio. Los resultados de la Encuesta EDADES 2011- 2012 Modulo laboral (6) muestran una reducción del consumo de todas las sustancias, excepto de Hipnosedantes. Este patrón se confirma en la encuesta Euskadi Drogas 2012 (7).

Los datos de dicha encuesta nacional muestran que, actualmente, entre la población residente en España, el consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, excepto para los

Hipnosedantes donde el porcentaje de mujeres que consume este tipo de sustancias duplica al de varones (8).

• Alcohol

La sustancia adictiva más consumida en la CAE es el alcohol. Su consumo, además, está “normalizado” en nuestra sociedad y se considera menos peligroso que el consumo de otras sustancias adictiva: menos de la mitad de las personas encuestadas no considera que tomar 5 o 6 copas en fin de semana puede producir problemas. (Euskadi y Drogas 2012) (7).

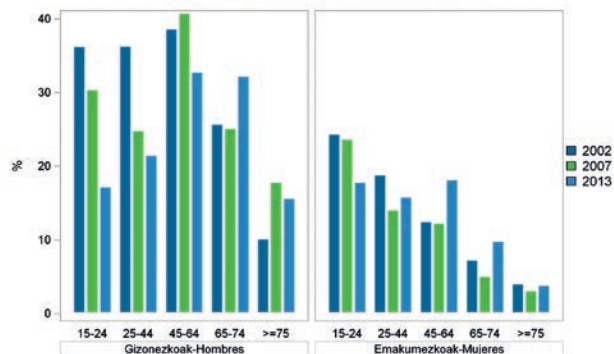
El 63% de los hombres y el 38% de las mujeres en la CAE dicen haberlo consumido a diario durante los últimos doce meses (ESCAV 2012). En 2012 la prevalencia de consumidores de alcohol de alto riesgo, es decir, de consumidores con posibilidad de tener a largo plazo problemas de salud, es del 25% en los hombres y del 15% en las mujeres (ESCAV 2013). (9)

La frecuencia de consumo diario intensivo de alcohol (ingerir gran cantidad de alcohol en corto periodos de tiempo) es de 1,3% para los hombres vascos (2,6% para los de 45-64 años) y 0,2% para el total de las mujeres vascas (ESCAV 2013).



Alkoholaren kontsumoaren bilakaera adinaren arabera, 2002-2013
Evolución del consumo de alcohol según la edad, 2002-2013

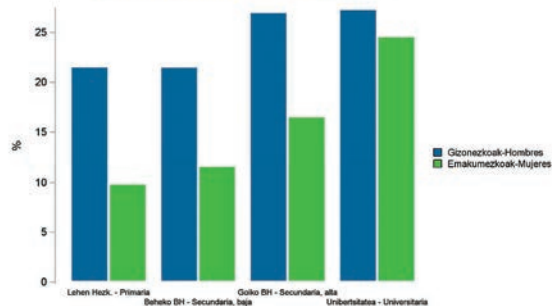
Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia
 Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo



El consumo de **alcohol de alto riesgo**, patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor, aumenta con el nivel de estudios, tanto para las mujeres como para los hombres [ESCAV 2013].

Alkoholaren kontsumoaren desberdintasunak ikasketa mailaren arabera, 2013
Desigualdades en el consumo de alcohol por nivel de estudios, 2013

Epe luzeko arrisku handiaren kontsumoaren prebalentzia*
 Prevalencia del consumo de alto riesgo a largo plazo*

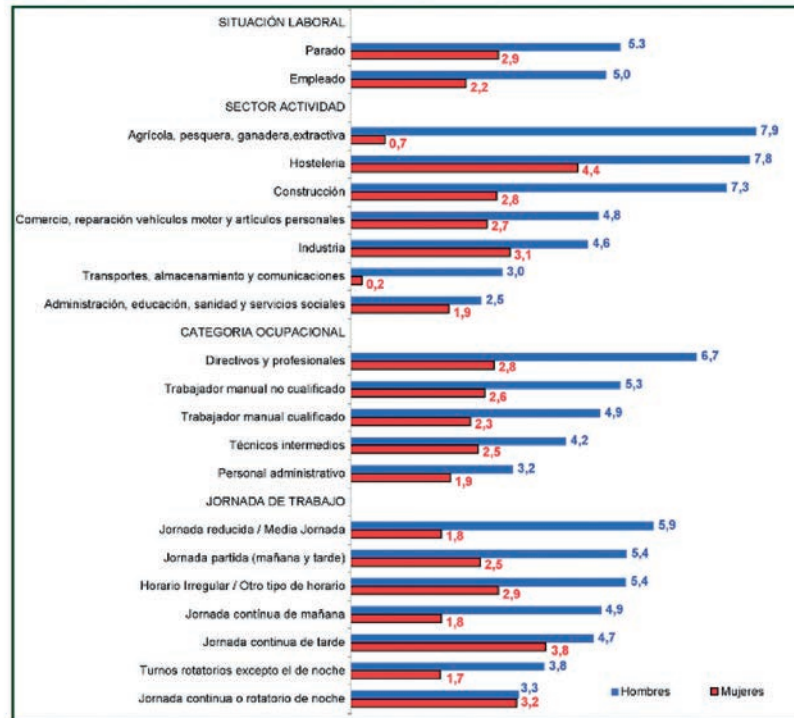


*Adinaren arabera estandarizatua, EAEko biztanleria 2011 / Estandarizada por edad, población de la CAPV 2011



El Observatorio Español sobre Drogas, que realiza, con carácter bianual, una Encuesta domiciliaria sobre el consumo de alcohol y otras drogas en España (EDADES), incluyó en la edición correspondiente al período 2007-2008 un módulo específico dirigido a la población laboral. De este estudio se concluye que el consumo de alcohol diario como el consumo de alto riesgo (>50cc/día) en los hombres es mayor entre los directivos/profesionales. En las mujeres, las diferencias por actividad son menores y no se encuentran diferencias significativas tras ajustar por edad, nivel educativo, estado civil y país de origen (salvo en trabajadoras manuales cualificadas que consumen significativamente menos que las directivas y profesionales).

Porcentaje de población laboral con consumo de ALCOHOL DE ALTO RIESGO (> 50cc/día hombres y > 30 cc/día mujer) según las variables laborales y distribuido por sexo, España 2008.



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES-2007-08. Observatorio Español sobre Drogas.

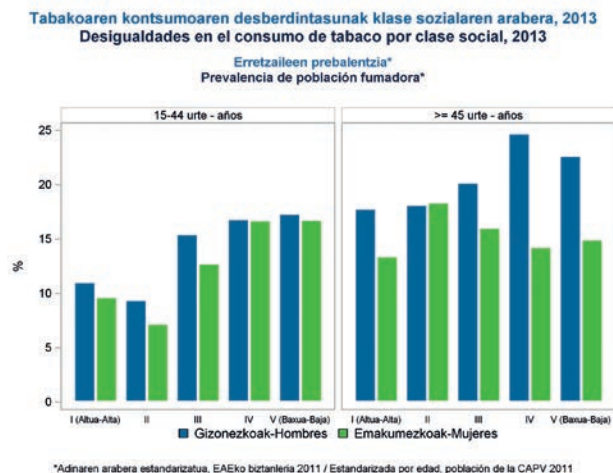
• Tabaco

Según datos aportados por la ESCAV 2012 (9), el consumo de tabaco de la población vasca ha disminuido de forma muy relevante en los últimos años, tanto el consumo de las personas fumadoras diarias como el de las que lo hacen ocasionalmente. Esta disminución del consumo está ligada al impacto de la Ley antitabaco y las acciones de prevención y promoción llevadas a cabo.

Dichos datos muestran que la exposición pasiva al humo de tabaco en el trabajo y en los establecimientos de hostelería se ha visto influenciada de la misma forma, ya que ha disminuido de forma muy pronunciada. En el año 2002 el 25% de los hombres y el 18% de las mujeres estaban expuestas al humo del tabaco en el trabajo, sin embargo, en la actualidad lo están el 6% de los hombres y el 3% de las mujeres.

La proporción de personas que fuma varía mucho en función de la edad (ESCAV 2012).

Las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco están aumentando, siendo las clases sociales más desfavorecidas donde es mayor la prevalencia, fundamentalmente entre las mujeres jóvenes (ESCAV 2012).



• Cannabis

La encuesta Euskadi y Drogas 2012 (7) muestra que las tasas de consumo de cannabis en la CAE –al menos en lo que se refiere al consumo reciente (en los últimos 12 meses), actual (en los últimos 30 días) y diario- están por debajo de las que se registran en el conjunto del Estado español, situación inversa a la encuesta anterior del año 2010. El 1,7% de la población puede considerarse como consumidora diaria. En lo que se refiere al consumo reciente de cannabis las tasas son en la CAE de las más elevadas de la UE.

• Drogas ilegales, excluido cannabis

El consumo de drogas ilegales es claramente minoritario entre la sociedad vasca, según la encuesta o estudio Euskadi y Drogas 2012:

- el 8,6% de la población señala haber probado alguna sustancia de este tipo en algún momento de su vida,
- el consumo ocasional es muy variable y depende de la sustancia
 - 6,5% refiere haber consumido en alguna ocasión *speed* o anfetaminas,
 - 5,5% cocaína
 - 2,7% LSD u otras sustancias alucinógenas
 - 2,2% éxtasis
 - menor de un 2% es la prevalencia de consumo experimental en el resto de sustancias.

• Psicofármacos

Dentro de este tipo de sustancias cabe destacar el consumo de Hipnosedantes. Su consumo ocupa el tercer lugar en la CAE, después del consumo de alcohol y tabaco.

El consumo de hipnosedantes es más elevado en las mujeres que en los hombres (15,3% frente a 7,6% en el último año) y se incrementa a medida que aumenta la edad.

Adicciones emergentes recogidas en el estudio Euskadi y Drogas

• Juego

El Juego Patológico es una conducta adictiva, caracterizada por un déficit progresivo en el control del impulso de jugar que origina un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social y laboral. No existe, un patrón característico de asociación entre una determinada profesión y un mayor nivel de juego (10 y 11).

Se estima que en Euskadi (Euskadi y Drogas 2012) (9) alrededor de un 2,8 % de la población presenta algún tipo de riesgo en relación al juego, pudiendo considerarse que alrededor del 0,3% de la población puede ser jugadora excesiva o problemática

3. MARCO NORMATIVO

Existe normativa internacional, nacional y autonómica de aplicación a la hora de implantar en la empresa cualquier programa de carácter preventivo y/o asistencial relacionado con el consumo de sustancias adictivas

De forma resumida se presentan textos legislativos y normativos que enmarcan actuaciones en el medio laboral sobre la problemática de las adicciones.

1.- NORMATIVA INTERNACIONAL

1.1.- UNION EUROPEA

- **Reglamento (CEE) nº 302/93** por el que se crea el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.
- **Directiva marco 89/391 CEE del Consejo** de 12 de junio de 1989, relativa a aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE 29.06.1989, núm. 1983/L). En esta directiva se introduce un estilo de relaciones sindicales nuevo y favorable al diálogo abierto entre las distintas fuerzas del mundo laboral, sobre las cuestiones de salud y seguridad en los lugares de trabajo.

1.2.- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

- **Convenio Nº. 155 de la OIT** sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.
- Recomendación de la OIT sobre el tratamiento en las empresas de los problemas derivados del alcoholismo y drogadicción. "Alcohol y Drogas en el lugar de trabajo" donde se enumeran las siguientes directrices:
 - Las políticas y los programas en materia de consumo de drogas deberían promover la prevención, la reducción y el tra-

tamiento de los problemas relacionados con estas sustancias en el lugar de trabajo.

- Las recomendaciones deben aplicarse a todo tipo de empleos, tanto públicos como privados.
- La política y legislación relacionada con las drogas en el ámbito laboral debería establecerse tras la consulta con las organizaciones empresariales y sindicales
- Los problemas relacionados con los consumos de drogas deberían considerarse como problemas de salud y tratarse como tal en el trabajo, sin ningún tipo de discriminación.
- Las organizaciones empresariales y sindicales deberían evaluar conjuntamente los efectos de los consumos de drogas en el lugar de trabajo y deberían cooperar en la elaboración, por escrito de una política para la empresa.
- Las organizaciones empresariales, en colaboración con las personas trabajadoras y sus representantes, deberían adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar condiciones de trabajo que influyan en los problemas relacionados con los consumos de drogas y adoptar medidas de prevención o corrección.
- El sector empresarial debería aplicar las mismas limitaciones en relación al alcohol entre el personal de dirección como con el resto de las personas trabajadoras.
- Con el objeto de fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, se deberían realizar programas de información, instrucción y capacitación sobre las drogas que deberían integrarse, en la medida de lo posible, en programas de salud más amplios.
- El sector empresarial debería establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información comunicada en relación con los problemas por consumos de drogas. Del mismo modo habría que informar a las personas trabajadoras sobre las excepciones a dicha confidencialidad.
- Los análisis toxicológicos para determinar los consumos de sustancias en el trabajo plantean problemas fundamentales de orden moral y ético por lo que hay que determinar cuándo es justo y apropiado el realizarlos.
- El trabajo es un factor importante para facilitar la superación de los problemas relacionados con los consumos de drogas y todas las partes implicadas deben reconocer que el lugar de trabajo tiene un papel importante para ayudar a las personas con problemas de consumo.



- Las personas trabajadoras que quieran recibir tratamiento y rehabilitación para sus problemas relacionados con los consumos de drogas no deberían ser objeto de discriminación por quien las haya contratado, deberían gozar de la seguridad en el empleo y deberían tener las mismas oportunidades de traslado y ascenso profesional que el resto de sus colegas.
- Debería reconocerse a quien contrata la autoridad para sancionar a las personas trabajadoras cuya conducta profesional sea impropia como consecuencia de problemas relacionados con los consumos de drogas. Sin embargo, es preferible que estas personas sean remitidas a los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias. En el supuesto de que la persona no colabore plenamente con el tratamiento, la empresaria y empresario podrá tomar las medidas disciplinarias que considere oportunas.
- El sector empresarial debería aplicar el principio de no discriminación a las personas trabajadoras que consumen o consumían drogas, de conformidad con la legislación interna de cada Estado.

2.- **NORMATIVA ESTATAL**

2.1.- CONSTITUCION ESPAÑOLA, de 27 de diciembre de 1978 (BOE 29.12..1978).

Texto básico de la legislación nacional, que define los derechos fundamentales de las personas:

- Art.14: Garantiza los principios de igualdad y no discriminación.
- Art.17: Garantiza el derecho a la intimidad personal y la inviolabilidad del domicilio.
- Art.35: Garantiza el derecho a la libre elección de profesión u oficio y a la promoción a través del trabajo.
- Art.40: Mandato a los poderes públicos en orden al fomento de la formación profesional y a velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
- Art.41: Mandato a los poderes públicos para que se garanticen la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.
- Art.43: Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
- Art.129: Obliga a los poderes públicos a promover las diversas formas de participación en la empresa.

2.2.- CODIGO PENAL C.P.

- **Artículo 314 del C.P.**, donde se recoge que “Los que produzcan una grave discriminación en el empleo, público o privado, contra alguna persona por razón de su, enfermedad o minusvalía, y no se establezca la situación de igualdad ante la ley tras requerimiento o sanción administrativa, reparando los daños económicos que se hayan derivado, serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años o multa de 12 a 24 meses”. No se castiga, por tanto, la mera discriminación, sino los casos de discriminación más graves.
- **Artículo 316 del C.P.** “Los que con infracción de las normas de prevención de riesgos laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que se supongan así en peligro grave para su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis o doce meses”.
- **Artículo 317 del C.P.:** “Cuando el delito a que se refiere el artículo anterior se cometa por imprudencia grave, será castigado con la pena inferior en grado”.

2.3.- ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES

- **Real Decreto legislativo 1/1995**, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE 29.03.1995, núm. 75).
- **Art.54.2** Se considerarán incumplimientos contractuales:
 - a) Faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad al trabajo.
 - b) Indisciplina o desobediencia en el trabajo
 - c) Ofensas verbales o físicas la empresaria y empresario o a compañeras compañeros
 - d) La trasgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo
 - e) Disminución continuada y voluntaria del rendimiento del trabajo
 - f) “Embriaguez habitual o toxicomanía” si repercute negativamente en el trabajo.

2.4.- LEY GENERAL DE SANIDAD

La **Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad** (BOE 29.04.1986 núm. 15207). Indica la responsabilidad de los Servicios Sanitarios en garantizar a toda la ciudadanía (incluidos las personas trabajadores):

- La promoción de la salud
- La prevención de enfermedades

- La superación de desequilibrios territoriales y sociales
- Derecho a la confidencialidad de toda información relacionada con un problema de salud
- Las autoridades sanitarias propondrán o participarán con otros departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre sustancias tóxicas.

2.5.- LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La legislación vigente en España en materia de Salud Laboral es el **Real Decreto Legislativo 1/1994**, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley General de la Seguridad Social**, la **Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos laborales** [BOE 10.11.1995, núm. 269] y el **Real decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueban los Servicios de Prevención** [BOE 31.01.1997, núm. 27]

Los problemas relacionados con el consumo de drogas constituyen una realidad que afecta tanto a las personas trabajadoras como a la empresa, y por tanto son susceptibles de ser tratados dentro del marco de **actividades de prevención de enfermedades profesionales o con motivo u ocasión del trabajo**.

Los programas laborales, dirigidos, por lo tanto, a las personas trabajadoras, de promoción de la salud, prevención y asistencia en re-

lación a las drogas, se apoyan en la legislación vigente para:

- Prevenir la aparición de problemas que afectan a la salud y al bienestar,
- Detectar la posibilidad de futuros problemas para abordarlos de forma precoz y personalizada,
- Tratar a los trabajadores cuya dependencia del alcohol o del tabaco puede deteriorar seriamente su salud y bienestar,
- Garantizar, en el caso de un persona alcohólica, la confidencialidad de las intervenciones personalizadas que se realicen.

En febrero de 1996 entra en vigor la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Prevención de Riesgos Laborales, Ley que supone la adecuación a nuestro derecho de todos las recomendaciones de Organismos Internacionales, Normativa Marco de la U.E., Constitución y Estatuto de los Trabajadores.

Esta Ley determina, en el marco de una política coherente, coordinada y eficaz de prevención de riesgos laborales, el cuerpo básico de garantías y responsabilidades necesario para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de las personas trabajadoras frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo. Supone un paso importante hacia delante, ya que desarrolla el concepto de PREVENCIÓN de una forma amplia, haciendo partícipe a toda la empresa del mismo.

La Ley en su Art 15.1 exige la PLANIFICACIÓN DE LA PREVENCIÓN desde el mismo momento del diseño del proyecto empresarial, realizando una evaluación inicial de los riesgos que tiene la empresa y elaborando un plan de intervención, siendo la empresaria o empresario responsable de garantizar la seguridad y salud del colectivo trabajador de su empresa, desarrollando una actuación preventiva.

No hay mención explícita a las drogas o el alcohol en el medio laboral o hacia la población trabajadora, pero los efectos de las adicciones sobre las personas y su repercusión en sus capacidades constituyen un factor de riesgo en el medio laboral. Además, la labor preventiva, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de trabajo en el áreas de seguridad, higiene industrial, ergonomía y psicología, ayudaría a disminuir determinados efectos del trabajo que, en ocasiones, pueden tener por respuesta una adicción como mecanismo de defensa, adicción que también puede repercutir en la empresa.

3.- NORMATIVA AUTONÓMICA (CAE)

3.1.- Ley 18/1998 de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias.

El objeto principal de esta ley es regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Comunidad Au-

tónoma del País Vasco y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de actuaciones encaminadas a la prevención de las drogodependencias, la asistencia e inserción de las personas drogodependientes, y asimismo, las actuaciones que protejan a terceras personas de perjuicios que pueden causarse por el consumo de drogas.

• Artículo 4.- Prevención comunitaria

- 2.- A tales efectos:
 - a) Fomentará el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las drogodependencias.
 - b) Impulsarán, coordinarán y, en su caso ejecutarán la aplicación de programas de prevención y actuaciones derivadas del Plan de Drogodependencias regulado en el artículo 37.1 de la presente ley en los ámbitos de la comunidad, tales como centros educativos, asociaciones juveniles, culturales y deportivas y colectivos profesionales, **así como centros de trabajo.**

• Artículo 5.- Información

- 5.- La administración laboral, a través de Osalan, realizará actividades informativas y formativas acerca de los efectos del consumo de drogas en el ámbito laboral con destino a trabajadores y trabajadoras, representantes sindicales y empresarios y empresarias. Así mismo, se apoyarán las

acciones informativas que por su cuenta realicen las empresas.

- **Artículo 9.- Ámbito laboral.**

La Administración Laboral de la Comunidad autónoma del País Vasco, a través de Osalan, promoverá, en colaboración con los gestores de las distintas Administraciones públicas, los empresarios y las empresarias y las asociaciones empresariales y sindicales, la puesta en marcha de programas de prevención en el medio laboral, preferentemente en el marco de los servicios, actividades y participación previstos en la Ley 31/1995, de 8 noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Así mismo impulsará la colaboración de las empresas en los programas públicos de asistencia e inserción.

- **Artículo 33.- Principios básicos y criterios de actuación en la inserción**

Punto 2.- "...en este sentido los servicios sociales se aplicarán de forma prioritaria:

c) Para la inserción en el mundo laboral de las personas drogodependientes se potenciarán las actuaciones que incidan sobre las mejoras de la ocupabilidad de las mismas, y en especial a través de acciones como planes personales de empleo, desarrollo de los aspectos personales de empleo, desarrollo de los aspectos personales para la ocupación, información profesionales para

el empleo y técnicas de busca activa de empleo. Así mismo se establecerán planes de formación que capaciten a los drogodependientes y les permitan una más factible inserción laboral.

3.2.- Ley 7/2004

La 2ª modificación de la Ley 18/98, aprobada por el Gobierno Vasco en sesión celebrada el 17 de junio de 2003, propone una nueva redacción del artículo 37, estableciendo en 5 años la duración de los Planes de drogodependencias frente al carácter trienal recogido en la Ley 18/98. Dicho artículo encomienda al Gobierno la elaboración de "un Plan de Drogodependencias de carácter quinquenal, que recogerá de forma coordinada y global los programas y las acciones de prevención, asistencia e inserción que hayan de realizarse por las Administraciones del País Vasco" y su remisión al Parlamento "para su aprobación".

3.3.- Ley 1/2011, de 3 de febrero,

Esta ley es la tercera modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias

- **Artículo 13.** Condiciones de la publicidad en materia de alcohol.

3. No deberá asociarse el consumo de alcohol a una mejora del rendimiento físico, a

la conducción de vehículos o al manejo de armas, ni dar la impresión de que dicho consumo contribuye al éxito social o sexual, ni sugerir que tienen propiedades terapéuticas o un efecto estimulante o sedante, o que constituyen un medio para resolver conflictos. Tampoco podrá asociarse este consumo a prácticas educativas, sanitarias o deportivas.

4. No se deberá estimular el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas u ofrecer una imagen negativa de la abstinencia o de la sobriedad, ni subrayar como cualidad positiva de las bebidas su alto contenido alcohólico.

En el momento actual se está desarrollando la nueva Ley de Adicciones del Gobierno Vasco. La ley está en fase de borrador y podría modificar algunos aspectos recogidos en esta guía.

4. CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES

En este apartado se definen los conceptos más comúnmente utilizados para trabajar en el mundo de las adicciones y así hacer un uso preciso de los mismos. (12 y 13)

1.- DEFINICIONES

• ADICCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13) es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Los trastornos adictivos, químicos y psicológicos, cuentan con dos componentes fundamentales: falta de control y dependencia.

• DROGA

Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una, o más, de las funciones de éste, capaz de generar dependencia, caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado o periódico, a fin de obtener sus efectos y, a veces, de evitar el malestar de su falta (OMS, 1975) (14).

La droga es una sustancia química cuyos efectos, tanto inmediato como a largo plazo, dependen tanto del uso que se hace de ella como de las características individuales como socioculturales.

• DROGAS PSICOTRÓPICAS

Son todas aquellas sustancias químicas que pueden producir efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Cada una de ellas tiene unos efectos concretos. Una clasificación esquemática de las drogas y sus efectos se presentan en la *Tabla 1*.

• MEDICAMENTOS

Son sustancias orientadas a usos terapéuticos, utilizadas para prevenir, y curar una enfermedad o controlar ritmos biológicos, siempre con fines médicos y orientación sanitaria. Entre estos están los tranquilizantes, hipnóticos, etc.

• USO

Consumo mínimo o en pequeñas cantidades que no ocasiona graves trastornos, en el comportamiento, ni en la salud de la persona.

• ABUSO, USO DE RIESGO O PROBLEMÁTICO

Es el consumo de sustancias que no han producido una dependencia, pero que podrá producir con el tiempo problemas para la salud. Este tipo de consumo tiene consecuencias negativas relacionadas con el deterioro orgánico o de naturaleza psicosocial. Se considera abuso cuando se superan ciertas cantidades, se realizan ciertas actividades o cuando se tienen ciertas características personales.

• DROGODEPENDENCIA

La O.M.S. (12) la define como “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomarla de forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a ve-

ces, para evitar el malestar producido por la privación”.

La dependencia puede ser *física* o *psíquica*.

Dependencia física: tras un consumo repetido se crea la necesidad de tener ciertas cantidades en el organismo para su funcionamiento normal. El descenso de dichos niveles produce una serie de síntomas denominado *síndrome de abstinencia*. El tratamiento utilizado es la desintoxicación.

Dependencia psíquica: deseo imperioso de consumir el producto con el objeto de obtener efectos positivos. Supone dificultad para controlar el consumo, y se persigue el consumo a pesar de conocer sus efectos nocivos. Cuando desaparece la dependencia psicológica, la persona se ha deshabitado.

• TOLERANCIA

Es un estado de adaptación que se caracteriza por una disminución de las respuestas frente a la misma dosis de droga o, lo que es lo mismo, para producir el mismo grado de efecto farmacodinámico es necesaria una dosis mayor.

• SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Cuadro sintomático que aparece tras la interrupción brusca del consumo de la sustancia adictiva. Implica dependencia previa. La dependencia física tarda pocos días en desaparecer, pero la dependencia psíquica tiene una duración mucho más larga en el tiempo, siendo la causante de las recaídas.



• SOBREDOSIS

Es el estado inducido al organismo por haber consumido una cantidad de sustancia mayor que la que éste puede procesar. Existen sustancias y/o vías de consumo capaces de provocar graves deterioros físicos y psicológicos, incluida la muerte.

• DESINTOXICACIÓN Y DESHABITUACIÓN

Desintoxicación: proceso terapéutico orientado a la interrupción de la dependencia física producida por la sustancia psicoactiva exógena al organismo.

Deshabitación: proceso terapéutico para la eliminación o disminución de una dependencia y para recuperar la salud física o mental, comprendiendo la asistencia tanto sanitaria como de servicios sociales.

• RECAÍDA

Vuelta a un consumo regular de una sustancia o de una actividad adictiva después de haber estado un tiempo sin consumo de la misma.

• PREVENCIÓN

Conjunto de actuaciones dirigidas a modificar factores personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedoras de consumos inadecuados de drogas. Dichas actuaciones tendrán como objeto:

- 1.- reducir la demanda y consumo de drogas
- 2.- Reducir o limitar la oferta de drogas en la sociedad.

3.- Reducir las consecuencias que de su consumo pueden derivarse.

4.- Señalar las causas socio-económicas o laborales que pueden producir situaciones de riesgo de cara a iniciarse en el consumo de drogas así como reducir el impacto y trascendencia social del fenómeno de la drogodependencia, planteando propuestas de actuación y haciendo especial hincapié en aquellas áreas más deprimidas de nuestra comunidad.

• INSERCIÓN

Proceso de incorporación de una persona a su entorno habitual como ciudadano responsable y autónomo, en el que se incluyen tanto la recuperación de las capacidades individuales de integración social como los cambios sociales necesarios para la aceptación de las personas drogodependientes.

• REDUCCION DE DAÑOS

Estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas del uso de drogas o de las patologías asociadas del mismo.

• DISMINUSIÓN DE RIESGOS

Estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de drogas.

• **ADICCIÓN SIN SUSTANCIA**

Una adicción sin droga es aquella conducta repetitiva que resulta placentera, al menos en las primeras fases, y que genera una pérdida de control en la persona, con una interferencia grave en su vida cotidiana a nivel social, laboral y familiar (15).

2.- SUSTANCIAS ADICTIVAS

2.1.- CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Se pueden clasificar las sustancias adictivas según conceptos diferentes. La O.M.S (16) tiene presenta diferentes clasificaciones en función de :

1. Por su origen: naturales o sintéticas.
2. Según su estatus jurídico: legales o ilegales.
3. Clasificación científica según sus efectos sobre el SNC (Tabla I):

Tabla I: Clasificación de la drogas según su efecto en el SNC

| CLASIFICACIÓN | ACCIÓN | SUSTANCIAS REPRESENTATIVAS |
|----------------------|--|--|
| Depresoras del SNC | Enlentecen la función del SNC | <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Opiáceos (heroína, morfina, metadona, propoxifeno, mepidina). • Tranquilizantes: ansiolíticos. • Hipnóticos • Disolventes. |
| Estimulantes del SNC | Activan el estado de vigilia | <ul style="list-style-type: none"> • Estimulantes mayores: cocaína y anfetaminas. • Estimulantes menores: nicotina. • Xantinas: cafeína, teobromina, etc. |
| Alucinógenas | Distorsionan la función del cerebro, dando lugar a alteraciones perceptivas, tales como alucinaciones, ilusiones, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • LSD • Hongos del género psilocibis • Datura arbórea (Floripón) Derivados del cannabis • Drogas de síntesis: Éxtasis. • Ketamina. |

2.2.- ALCOHOL

Puesto que el alcohol es la droga de mayor consumo en la sociedad y su consumo está culturalmente asumido, es conveniente señalar ciertas especificaciones con respecto a él.

Unidades de Bebida (UB)

La unidad denominada “unidad de bebida” corresponde a 10 g de alcohol puro y su correlación con las bebidas más frecuentemente consumidas en la sociedad se muestra en la Tabla II.

Tabla II: Equiparación de bebidas habituales a unidades de bebida

| Bebida | Medida | Unidades |
|--------------|---------------|----------|
| Cerveza | Caña = 200 cc | 1 UB |
| | 1 litro | 5 UB |
| Vino | Copa = 100 cc | 1 UB |
| | 1 litro | 10 UB |
| Coñac | 1 copa= 50 cc | 2 UB |
| Combinado | 50 cc | 2 UB |
| Vermut/Jerez | 50 cc | 1 UB |

Tabla III: Clasificación de la OMS de riesgo alcohólico según consumo

| | Hombre | Mujer | Intervención | Papel equipos de atención primaria |
|--|---|-------------|---------------------------|--|
| Riesgo bajo | < 17 UB/sem | < 11 UB/sem | Prevención 1 ^a | Educación y apoyo |
| Consumo de riesgo | ≥ 28 UB/sem | ≥ 17 UB/sem | Intervención breve | Identificación asesoramiento consejo breve y seguimiento |
| Consumo nocivo | Presencia de trastornos relacionados con el alcohol | | | |
| Riesgo alto (Síndrome de Dependencia de Alcohol) | DSM-IV CIE-10 | | Tratamiento especializado | Identificación asesoramiento derivación y seguimiento |

2.3.- SUSTANCIAS ADICTIVAS Y RIESGOS

• RIESGOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se presentan en la siguiente tabla, de una forma esquemática, los principales efectos sobre la salud por el consumo de las drogas que más frecuentemente se encuentran en la sociedad (tabla IV). (INRS) (17)

Tabla IV. Efectos frecuentes del consumo de ciertas drogas

| NOMBRE DE SUSTANCIA | RIESGO |
|--------------------------------|---|
| TABACO | CÁNCER DE PULMÓN, VEJIGA BRONQUITIS, ASMA; PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR |
| ALCOHOL | DISMINUCIÓN DE LA VIGILANCIA Y DE LOS REFLEJOS. PÉRDIDA DE CONTROL: VIOLENCIA-ACCIDENTE COMA ETÍLICO, HEPATOPATÍAS |
| MEDICAMENTOS | EN FUNCIÓN DEL CONSUMO: SOMNOLENCIA; ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO, MEMORIA, MOVIMIENTO |
| CANNABIS | ALTERACIÓN DE LA VIGILANCIA, CAMBIOS DE HUMOR, ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN, ALUCINACIONES VISUALES, PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. CÁNCER DE VÍAS AÉREAS; DIGESTIVAS |
| OTRAS DROGAS y OPIACEOS | EN FUNCIÓN DE LA SUSTANCIA CONSUMIDA: ALUCINACIONES; VIOLENCIA; DISMINUCIÓN DE LA VIGILANCIA; PATOLOGÍA CARDIACA; PATOLOGÍA INFECCIOSA |

3.- ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Existen hábitos de conducta, en apariencia inofensivos, que se convierten en adictivos. Ciertas conductas problemáticas pueden considerarse psicopatologías similares a las que sufren los farmacodependientes. La adicción está determinada en función del grado de interferencia en las relaciones.

Las adicciones psicológicas más comunes son:

Adicción al Trabajo

Adicción a Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)

Adicción al Juego

Adicción al Sexo

Adicción al Ejercicio Físico

3.1.- ADICCIÓN AL TRABAJO

Robinson (2000) define la adicción al trabajo como “un desorden obsesivo compulsivo que se manifiesta por la auto exigencia o auto imposición a las demandas, una incapacidad para regular los hábitos de trabajo, y ocuparse de él en una forma excesiva excluyendo las demás actividades de la vida” (18).

En la sociedad existe una elevada exigencia en el mundo laboral. El perfil de la trabajadora o trabajador que se busca desde el ámbito empresarial es el de una persona con gran compromiso laboral y, dedicación y aunque las adicciones en general son mal vistas, en este caso tiene unas connotaciones positivas -“trabajar duro está bien visto”- con refuerzos socio-laborales y económicos (15).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo señala que la adicción al trabajo representa un daño psicosocial emergente. (19)

El 8% de la población activa española dedica más de 12 horas al día a su profesión para huir de sus problemas personales, según un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). (20)

3.2.- ADICCIÓN A NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN.

La Adicción a las Nuevas Tecnologías es la conducta obsesiva compulsiva que un individuo desarrolla por medio del uso excesivo de aparatos tecnológicos provocando un deterioro en los componentes biológico, psicológico y social. (Peláez 2009).

3.3.- ADICCIÓN AL JUEGO

La **ludopatía** consiste en un trastorno en el que la persona se ve obligada, por una urgencia psicológicamente incontrolable, a jugar, de forma persistente y progresiva, afectando de forma negativa a la vida personal, familiar y vocacional (21).

Ha sido incluido finalmente dentro de la categoría de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” (22).

5. PLAN DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN LAS EMPRESAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

PLAN DE PREVENCIÓN

Un plan de prevención de riesgos laborales es un documento que establece y formaliza la política de prevención de una empresa con sus objetivos en prevención, define la asignación de responsabilidades y funciones a los distintos niveles jerárquicos de la empresa en lo que se refiere a la prevención de riesgos laborales, puede recoger la normativa, la reglamentación e incluye los procedimientos operativos, evaluación de riesgos, plan de emergencia, planificación preventiva, etc (23).

El plan constituye, por tanto, una recopilación estructurada de las normas, criterios, procedimientos, instrucciones, acciones y recomendaciones con el fin de asegurar la buena gestión del conjunto de factores que influyen en la prevención de riesgos laborales y en la coordinación con el resto de actividades de la empresa, teniendo en cuenta los objetivos fijados por la dirección.

La necesidad de desarrollar un plan de prevención específico de las adicciones en la empresa puede surgir por parte de:

- Las trabajadoras y los trabajadores o sus representantes como individuos que están expuestos a riesgos (condiciones de trabajo, complejidad de la tarea, temporalidad, etc.).
- La empresaria y empresario que sufre las consecuencias negativas de dichos consumos (riesgos a terceros, alteración del clima social en la empresa, responsabilidad de los accidentes de trabajo, etc.)
- el servicio de prevención como un objetivo de prevención.



Independientemente de donde surja la necesidad de crear un plan de prevención de adicciones en la empresa, la **dirección**, como último responsable de la prevención dentro de la empresa, comunicará la decisión de crear una política de prevención de adicciones, tras una reflexión conjunta de todas las partes implicadas.

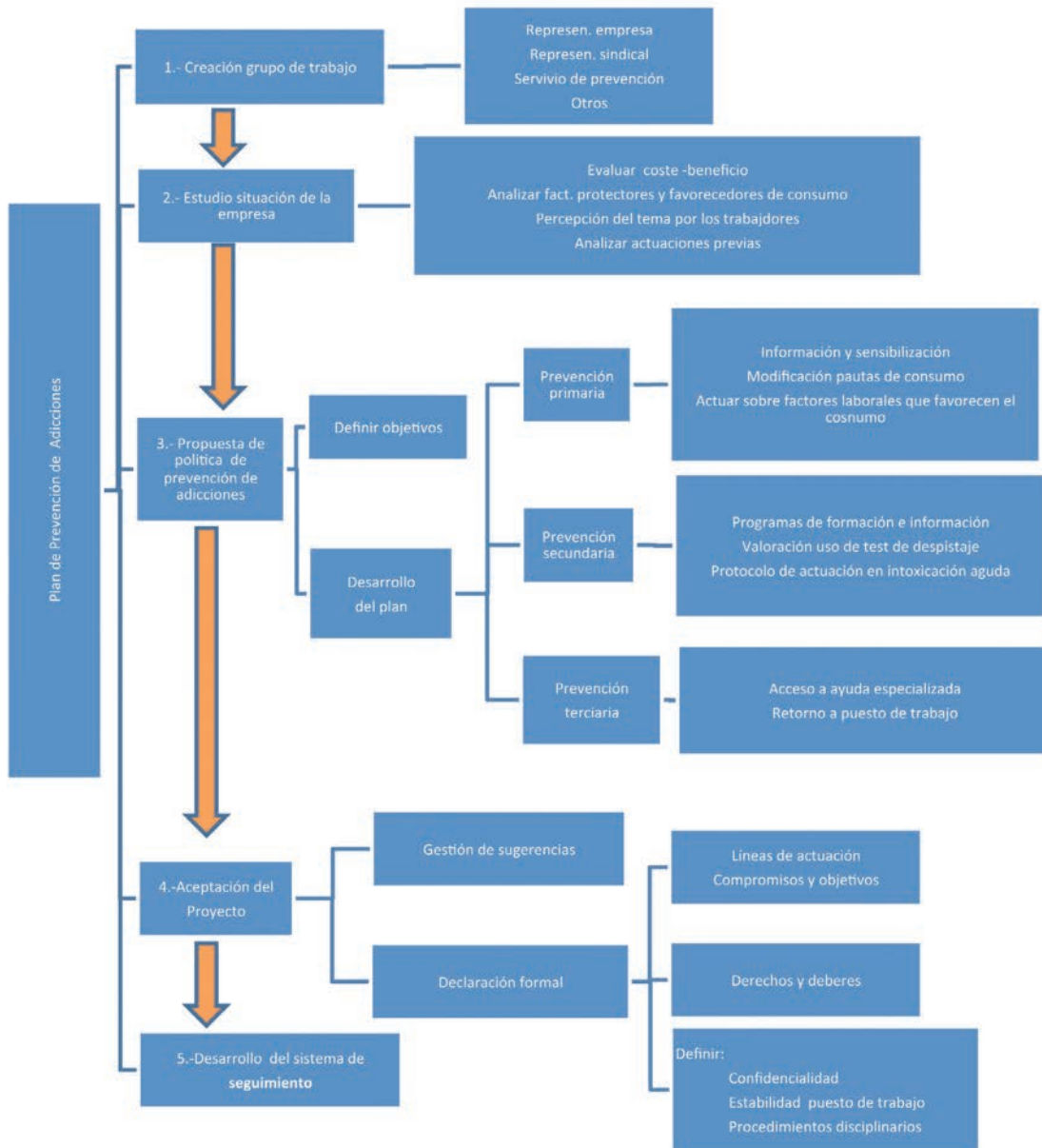
El **objetivo** de dicho plan, como en cualquier programa preventivo, es que las personas sin adicciones de riesgo se mantengan así y las personas enfermas con consumos de riesgo y/o conductas adictivas sean detectadas lo más tempranamente posible para un abordaje correcto de su situación

Para el desarrollo de dicho plan es necesario establecer una serie de pasos, como por ejemplo:

- 1.- Creación un grupo de trabajo.
- 2.- Estudio de la situación en la empresa.
- 3.- Proponer y desarrollar una política prevención de las adicciones en la empresa
- 4.- Declaración formal del proyecto
- 5.- Desarrollo de un sistema de seguimiento y evaluación.

En los siguientes apartados se desarrolla cada uno de estos pasos, mostrando aquellos aspectos que se considera que deben estar incluidos en un plan de prevención de adicciones. No pretende ser un desarrollo exhaustivo, pero sí que puede servir de ayuda a la hora de plantear sobre qué factores se debe actuar para conseguir minimizar o eliminar el problema.





1.- Creación de un grupo de trabajo para la elaboración de un Plan de Actuación.

El grupo de trabajo estará conformado por todos aquellos agentes que tengan una relación directa o indirecta con la prevención en la empresa:

- Responsable de la empresa.
- Personal de recursos humanos
- Delegadas y delegados de prevención
- Miembros del comité de seguridad y salud
- Responsable de Vigilancia de la salud
- Servicio de Prevención
- Responsable de formación
- Jurídicos, etc.

De acuerdo con lo que establece la Ley de prevención de Riesgos Laborales. 31/1995, todos los agentes mencionados tienen importantes funciones y responsabilidades en el desarrollo de una política de prevención incluyendo la prevención de las adicciones en la empresa, y será fundamental para lograr su implantación.

Las **Trabajadoras** y los **Trabajadores** no forman parte directa del grupo de trabajo, salvo a través de sus representantes, pero se debe recordar en cada momento y a cada trabajadora y trabajador la importancia que él tiene en el proceso.

El **tamaño del grupo** de trabajo vendrá determinado por el tamaño de la empresa, pero no se aconseja, aunque sean grandes empresas, que esté formado por más de 10 personas (24). En las

empresas pequeñas la responsabilidad del programa recaerá sobre un líder, incluso en estas empresas con recursos humanos más escasos se pueden plantear alternativas para el desarrollo del plan como asociaciones gremiales, asociación de empresas ubicadas en un mismo polígono o empresas que tengan concertadas las vigilancia de la salud con el mismo Servicio de Prevención Ajeno.

Se necesitan dos condiciones para el correcto funcionamiento del grupo:

- Un **compromiso de trabajo** por parte de todos los miembros del grupo
- Una persona que ejerza el **liderazgo** dentro del grupo, independientemente del tamaño de la empresa, con las siguientes funciones:
 - Dinamizar el trabajo
 - Liderar el grupo
 - Gestionar las dificultades
 - Coordinar la puesta en marcha y desarrollo del programa.

Esta persona, que puede ser tanto de la parte social como de la empresarial, deberá tener el apoyo tanto de las trabajadoras y los trabajadores (o sus representantes) como del o de la responsable de la empresa.

Roles de cada miembro del grupo de trabajo

- **Empresaria o Empresario** como responsable máximo de la prevención debe asumir

que para el éxito de cualquier plan de prevención en la empresa es necesaria la implicación por parte de la dirección.

- **Comité de Seguridad y Salud** tiene funciones de prevención de riesgos y control de las condiciones de trabajo. Debe trabajar para modificar aquellas condiciones de trabajo y seguridad que se consideran factores favorecedores de adicciones.
- **Delegada o Delegado de prevención** tiene dos funciones fundamentales:
 - por un lado proporcionar información y apoyo ante la demanda de una compañera o compañero.
 - por otra parte colaborar en la elaboración, negociación y puesta en marcha de un Plan de Prevención [25].

Las delegadas o delegados son personas más accesibles para que las trabajadoras o trabajadores con problemas les hagan una consulta.

- **El comité de empresa:** es un agente de prevención que debe ofrecer información a las personas trabajadoras acerca de los problemas que originan las adicciones en el medio laboral, promoviendo hábitos saludables, dando a conocer el programa de actuación negociando e incluso detectando y abordando precozmente aquellos casos susceptibles de intervención.

- **El servicio de prevención** debe promover la gestión integrada de la prevención en la empresa, evaluar los riesgos, analizar el ambiente y las condiciones de trabajo, vigilar la salud de las personas trabajadora, mantener registro de datos ambientales y sanitarios, proporcionar formación e información, recomendará adaptar los puestos de trabajo, coordinarse con el sistema nacional de salud y prestar los primeros auxilios.

La primera **tarea** del grupo de trabajo será **comunicar** a todo el personal la intención de crear *un plan de actuación de prevención de las adicciones* en la empresa. Dejar claro que se trata de desarrollar un “programa de prevención” que concierna a todos los individuos y no sólo a aquellos afectados por el consumo problemático de alguna sustancia u otra adicción.

2.- ESTUDIO DE LA SITUACIÓN EN LA EMPRESA

Un trabajo necesario, previo a la implantación del plan de prevención de adicciones en la empresa, es conocer las características de ésta. Son factores determinantes el entorno socio económico, donde esté ubicada, así como el sector de producción al que pertenezca, tamaño, las características de la población trabajadora, condiciones e instalaciones de trabajo, actividad sindical, etc.

2.1.- EVALUAR COSTE / BENEFICIO

Es muy difícil estimar el coste que las adicciones suponen a una empresa.

Entre ellos están:

Costes Directos

Coste del programa de prevención en todas sus áreas:

- Recursos humanos empleados para formación, información y supervisión.
- Ayuda a la persona trabajadora (antes Programa de Ayuda al Empleado, PAE)
- Adecuación de los puestos de trabajo, etc.

Costes indirectos por:

- Absentismo (IT y ausencias del puesto).
- Dificultad para la rotación o cambio de puestos.
- Contratación por sustitución de bajas.
- Disminución del rendimiento y actuaciones incorrectas.
- Necesidad de mayor supervisión del trabajo realizado.
- Deterioro de la imagen de la empresa
- Daños a equipos o productos.
- Responsabilidad legal (sobre el individuo y sobre terceros).
- Incremento de la conflictividad interna.

El cambio del resultado de estos parámetros puede servir posteriormente como indicadores del resultado del programa (26).

2.2.- ANÁLISIS PREVIO DEL CONTEXTO LABORAL

2.2.1.- PUNTO DE PARTIDA

Los miembros del grupo tienen que tener conocimiento de las características propias de la empresa, así como de los riesgos intrínsecos de ésta y los efectos negativos que las adicciones producen en el trabajo, para poder abordar el programa de forma eficiente y dar soluciones específicas a sus situaciones concretas.

- Qué piensan las personas trabajadoras con respecto:
 - al abuso de drogas
 - a la implantación de programas de prevención de adicciones en la empresa.
- Qué tipo de sustancias se consumen y en qué cantidades.
- Cuáles son los patrones de consumo.
- Puntos débiles o problemáticos en la empresa.
- Disponibilidad de alcohol/drogas en la empresa.
 - ¿Se puede consumir?
 - ¿Dónde?
 - ¿Cuándo?
 - ¿Reglas?

- Actuación de la empresa ante consumos problemáticos previos
 - ¿Cómo se ha actuado?
 - ¿Se hace diferencia entre consumo de alcohol y otras adicciones?
 - ¿Quién ha intervenido? Dirección, departamento de personal, servicio médico, etc.

Esta valoración se puede realizar mediante una **encuesta anónima** al personal trabajador (25), en medianas o grandes empresas principalmente, respetando la confidencialidad y que aportan información sobre:

- La opinión sobre el uso y abuso de sustancias adictivas.
- Nivel de información sobre los problemas que genera el consumo excesivo o indebido.
- Actitud ante dichos problemas y grado de tolerancia hacia los consumos.

Se debe insistir que un plan de prevención de adicciones no se dirige sólo a las personas adictas sino **a todo el personal**.

La realización de la encuesta tiene unos efectos colaterales positivos:

- Servirá de motivación para implicarse y apoyar el desarrollo del programa.
- Permitirá que se normalice el hablar de las adicciones en el entorno de las empresa.

2.2.2.- ENTORNOS FAVORECEDORES PARA LAS ADICCIONES

En la generación de las adicciones están implicados diferentes factores. El fenómeno de las adicciones se presenta como un fenómeno social, que aparece en el proceso de adaptación del individuo a una sociedad en continuo cambio.

Se puede decir que la probabilidad de que una persona llegue a ser adicta está íntimamente relacionada con los factores de riesgo y protección que tenga. Ante similares factores de riesgo que un individuo desarrolle o no una adicción dependerá de si dispone o no de suficientes factores protectores que amortigüen a los factores de riesgo favorecedores de adicción y viceversa.

A continuación se mencionan distintos factores implicados que pueden tener relación con las adicciones, siendo más exhaustiva la enumeración de factores laborales ya que son el objeto de esta guía y donde se debe actuar desde el ámbito de la empresa (27).

2.2.2.1.- Entorno extra-laborales

Existen una serie elementos tanto propios del individuo como de su entorno socio-familiar que pueden favorecer el riesgo de desarrollar una adicción a lo largo de la vida y repercutir en un momento dado en el desarrollo de su actividad laboral.

- Sociales

- Falta de recursos económicos.
- Tolerancia social hacia el consumo.
- Carencia de relaciones sociales.
- Entorno de amistades consumidoras.
- Familiares
 - Problemas económicos.
 - Ambiente familiar deteriorado.
 - Permisividad y consumo en el entorno familiar.
 - Dificultades para la conciliación.
- Personales
 - Personalidad previa: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, carencia de autocontrol.
 - Dificultades interpersonales: falta de habilidades sociales, falta de autocontrol.
 - Soledad e insatisfacción personal.
 - Acontecimientos vitales generadores de estrés (duelo, enfermedad familiar, rupturas...)

2.2.2.2.- Entorno laboral

Determinadas condiciones de trabajo pueden contribuir a los problemas de adicción: una persona, ante una determinada situación, entorno, sensación, y/o efecto laboral, podría recurrir a determinadas actuaciones para enfrentarse a ella y una de ellas es el consumo de una sustancia adictiva o la caída en una conducta adictiva (o el incremento de una adicción previa) (28).

Entre las situaciones laborales o efectos y sensaciones relacionados con el trabajo que podrían tener influencia, junto con el entorno familiar y social, en los problemas de adicción de las personas trabajadoras están:

- Acceso o presencia de sustancias adictivas en la empresa
- Presión social para beber, tomar droga, jugar, etc. en el trabajo
- Viajes de trabajo/ separación del entorno habitual
- Falta de supervisión
- Stress en el trabajo
- Trabajo precario y riesgo de desempleo
- Trabajo monótono y/o repetitivo
- Trabajo por turnos, trabajo nocturno, largos periodos de trabajo
- Trabajos con continuos cambios de lugar y/o supervisión
- Trabajo desde casa
- Aislamiento
- Trabajos poco considerados por la sociedad
- Comidas de negocios
- Falta o pobre comunicación
- Baja satisfacción en relación al trabajo
- Cultura del lugar de trabajo
- Alta responsabilidad
- Malas condiciones de trabajo (trabajo ruidoso, sucio, peligroso, de estrés térmico, etc.)

- Fatiga
- Periodos de inactividad o aburrimiento
- Trabajo físico
- Efectos sobre el SNC por exposición a determinadas sustancias
- ...

Como se puede observar estas situaciones, efectos o sensaciones en el trabajo no son excluyentes las unas de las otras, si no que pueden estar interrelacionadas y ser consecuencias unas de las otras.

Para controlar y/o minimizar los riesgos asociados con el trabajo y con ello las situaciones de riesgo y los efectos y sensaciones relacionadas con los riesgos presentes, la herramienta de la que se dispone es la evaluación de riesgos. Estos riesgos estarán asociados a unos factores de riesgo dependientes de la instalación, el puesto, la tarea, los equipos y productos utilizados, los requerimientos del trabajo, la organización del trabajo y la empresa, etc. y con la propia persona trabajadora.

Estos factores de riesgo también se pueden clasificar en factores de riesgo relacionados con la seguridad en el trabajo, la higiene industrial y/o ergonomía y psicología laboral, ésta última de gran importancia ya que, como ocurre en el entorno extralaboral, existe un gran componente psicosocial en las situaciones, efectos o sensaciones que pueden llevar a tomar como mecanismo de defensa una adicción.

2.2.3.- ENTORNOS PROTECTORES DE LAS ADICCIONES

Se debe tener en cuenta que el trabajo también genera un entorno protector frente a las adicciones, que hay que consolidar en la empresa. En muchas ocasiones la actividad laboral será un elemento importante en la rehabilitación del individuo ya que el trabajo en sí genera:

- Acceso a una estabilidad económica vitales para la supervivencia, el desarrollo de las personas y familias
- Autorrealización y reconocimiento
- Creatividad y desarrollo personal
- Seguridad y previsión social ante la enfermedad o el accidente.
- Establecimiento de relaciones interpersonales
- Desarrollo de habilidades y destrezas personales
- Crecimiento personal.

2.3.- RECURSOS

Determinar los **recursos** disponibles por la propia empresa: humanos, materiales y económicos, para garantizar la viabilidad del proyecto.

- **Los recursos humanos** serían los que forman el grupo de trabajo así como personas externas a este que colaboren en acciones concretas del mismo.

- **Recursos materiales** divulgativos, formativos o tecnológicos necesarios para el desarrollo de las actividades.
- **Recursos económicos** para cubrir los gastos originados en la implantación y desarrollo del programa. Es necesario saber qué proyectos pueden ser abordados por la empresa y determinar hasta donde se pueden llegar los objetivos con los recursos destinados.

3.- PROPONER UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN LA EMPRESA

3.1.- DEFINIR OBJETIVOS

Los objetivos del plan de prevención de adicciones serán determinados por el grupo de trabajo teniendo en cuenta los factores analizados en el punto anterior así como la legislación vigente a aplicar. Deberán ser cuantificables para poder hacer medición y seguimiento de los mismos.

3.2.- DESARROLLO DEL PLAN DE ACTUACIÓN

Al ser un programa preventivo tendrá unos objetivos tanto para la prevención primaria, secundaria o asistencial como terciaria o rehabilitadora. La OIT (29) categoriza la prevención en función de la existencia o no de consumo por parte de las personas trabajadoras en tres franjas utilizando el símil de un semáforo:

- **Verde:** donde se encuentran la mayoría del colectivo, que no consumen o consumen esporádicamente (no tienen problemas de consumo abusivo). A esta población va dirigida la prevención primaria
- **Naranja:** zona de transición, por lo que pueden existir consumos problemáticos con consecuencias negativas en la actividad laboral. Esta franja representaría al 8 -10% de la población trabajadora, a la que se dirigirían las actuaciones de prevención secundaria.
- **Rojo:** el consumo es conocido. Representaría alrededor del 3% de la población activa. A este colectivo se dirigen las acciones de la prevención terciaria.

Anteriormente los programas que se implantaban en las empresas iban dirigidos a las personas que se encuadraban en los grupos de prevención secundaria y terciaria. Con los años se ha pasado, de buscar soluciones individuales a problemas concretos, a dirigir actuaciones más generales sobre la prevención primaria, siendo el objetivo primordial que las personas trabajadoras situados en esta zona no deriven hacia consumos o conductas adictivas.



3.2.1.- PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria va dirigida a toda la plantilla. Su objetivo es eliminar los factores de riesgo tanto de origen laboral como extra laboral. Los puntos fundamentales a tratar son: información y sensibilización, pautas de consumo, evaluación de riesgos (modificar condiciones socio laborales negativas).

3.2.1.1.- Información y sensibilización

El objetivo es:

- Dar información realista y objetiva sobre las drogas y sus consecuencias.
- Delimitar la influencia que las adicciones tienen sobre los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Explicar los objetivos del programa y modo de acceder al tratamiento de los individuos que voluntariamente así lo deseen.
- Explicar las garantías laborales de las personas que acepten acceder al programa, así como las posibles medidas disciplinarias que en caso de no aceptar ayuda y seguir generando infracciones, pueda imponer la empresa.

Esta campaña se puede llevar a cabo mediante:

- Campañas gráficas: carteles, anuncios en zonas visibles. Publicación en revistas internas de la empresa, folletos informativos y vídeos, tanto en formato tradicional como por e-mail.

- Jornadas o charlas informativas programadas con los trabajadores o invitando a expertos exteriores a la empresa para divulgación del tema. En empresas pequeñas se puede bien concertar con el servicio de prevención jornadas formativas para varias empresas o facilitar información sobre actividades que oferten los ayuntamientos, centros de salud o asociaciones que trabajan la problemática de las adicciones.

3.2.1.2.- Pautas de consumo

Cada empresa decidirá cuál es su objetivo, pero, en general, el objetivo de estos programas es el consumo CERO o NO CONSUMO en horas de trabajo y periodos de comida.

Se debe respetar la libertad individual de cada persona trabajadora de tener consumos responsables fuera del horario laboral, siempre que, a su llegada al puesto de trabajo, sus condiciones físicas y mentales sean las óptimas para el desarrollo de sus tareas.

Se deberá definir el uso de cada sustancia, ya que legislativamente tienen un tratamiento diferente:

Tabaco. Desde Enero del 2011 la legislación prohíbe el consumo en lugares de trabajo.

Alcohol. Preguntas a responder en cada empresa:

- ¿se prohíbe el consumo de alcohol en lugares y horarios de trabajo ejemplo: comedores de empresa?

- ¿En casos excepcionales de celebraciones, días de puertas abiertas, se permitirá el consumo moderado, mediante autorización escrita?

Medicamentos. Se prohíbe la introducción y consumo de estimulantes o tranquilizantes, excepto aquéllos para consumo estrictamente personal e indicados bajo receta médica.

Drogas ilícitas. Queda totalmente prohibido portar, consumir y traficar con cualquier droga ilícita en el lugar de trabajo.

Deberá estar definido y escrito que hará la empresa en el caso de incumplimiento de las normas establecidas, tanto a nivel interno como las reguladas por ley.

3.2.1.3.- Evaluación de empresa.

La evaluación de riesgos de cada empresa permite conocer los riesgos presentes en una empresa, qué factores están relacionados con ellos y definir medidas preventivas para evitar que dichos riesgos se manifiesten.

Esta actividad, enfocada a mejorar las condiciones de trabajo, tendrá una influencia muy importante en el riesgo de adicción que podría presentar parte de la población trabajadora, ya que el consumo de sustancias o la práctica de una conducta adictiva puede ser un mecanismo de defensa frente a determinadas efectos del trabajo. Con el fin de evitar este problema, sería

conveniente, dentro del programa de lucha contra la adicción en la empresa integrado dentro del plan de prevención, poner especial atención en estudiar la existencia de situaciones de trabajo normalmente, junto con otros condicionantes, relacionadas con este problema y poner las medidas preventivas oportunas para evitar que esa situación se manifieste, si es posible.

Además, no hay que olvidar que estar bajo los efectos de una adicción puede afectar al desarrollo de cualquier actividad, por lo que, en la evaluación de riesgos, deberá ser considerado como un factor de riesgo el hecho de que algún miembro del personal pudiera estar bajo los efectos de una adicción.

3.2.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA

El objetivo fundamental es evitar que el consumo se estructure como adicción. Para ello se intentará minimizar el número de personas con problemas de adicciones, evitar los deterioros a la salud que éstas producen, y conseguir una detección precoz y canalización del problema para su solución.

3.2.2.1.- Programas de formación e información

Se intensificarán los programas de formación e información desarrollados en la prevención primaria. Se facilitarán actitudes de apoyo en la empresa, de forma que la persona con problemas

de adicciones pueda pedir ayuda en una fase inicial del problema de forma voluntaria con la colaboración del entorno.

Las intervenciones breves realizadas por el personal sanitario del servicio de prevención tienen una gran utilidad. Estas intervenciones van dirigidas a intentar un cambio en los hábitos de consumo, se realizan de forma personalizada y tienen unas características específicas para que sean efectivas:

- Se debe dar siempre un mensaje positivo, evitando la posibilidad de generar ansiedad.
- Se debe ofrecer una información clara y concreta sobre los riesgos que el consumo de la droga pueden ocasionar.
- Se debe establecer una negociación con el afectado para conseguir una reducción del consumo.
- Se le aportará toda la información que precise de apoyo mediante material gráfico, escrito...
- Se realizará un seguimiento con el objetivo de potenciar las actitudes positivas.

3.2.2.2.- Test de despistaje o detección de consumos

El uso de pruebas para detección de drogas es muy controvertido y de difícil abordaje. Las reflexiones realizadas sobre este tema están re-

cogidas de una reunión de expertos de la OIT en Noruega en 1993, pero con total vigencia en el momento actual (30).

A la hora de plantear el uso de pruebas analíticas para la detección del consumo de sustancias como alcohol y otras drogas por las personas trabajadoras, hay una serie de cuestiones de orden jurídico y éticas que hay que responder previamente. Las respuestas dadas a estas cuestiones deberán quedar por escrito, aclarando sus objetivos y las normas y las disposiciones aplicables, así como los derechos y responsabilidades de todas las partes.

La OIT 1996 (29) considera que las inquietudes con respecto a las consecuencias del consumo de alcohol y de otras drogas en el lugar de trabajo deberían estudiarse en el marco de una estrategia global. Si se considera que las pruebas constituyen uno de los elementos de esta estrategia, deberán examinarse tanto los resultados deseados como los efectos no deseados.

Entre los *resultados que se desean* obtener se destaca:

- Una contribución al desarrollo de un **programa global** destinado a reducir los posibles riesgos y mejorar la seguridad y la salud.
- Un **programa global** de productividad y de garantía de calidad que prevea la reducción del absentismo.

Entre los *resultados no deseados* se destaca:

- Un deterioro del ambiente de trabajo causado por el temor, la desconfianza, el antagonismo entre la dirección y los trabajadores, la falta de franqueza y el control de la sociedad.
- El incumplimiento de normas jurídicas y éticas.
- La violación de la confidencialidad.
- Los perjuicios que sufren las personas por culpa de errores en las pruebas.
- La disminución de la seguridad del empleo.

Para la aplicación de dichas pruebas en *primer lugar* se reconoce como esencial el respeto a los derechos de los trabajadores, con especial referencia a la confidencialidad de los datos, así como la integridad física que han de respetarse conforme a la legislación, la jurisprudencia, las normas y los valores nacionales e internacionales.

En *segundo lugar* se defiende la posibilidad de negativa por parte de la persona trabajadora a someterse a las pruebas y no se debe considerar “como consumidores de drogas o alcohol” a los empleados que se nieguen a someterse a ellas.

Si como consecuencia de la aplicación de dichos test se obtuviera un resultado positivo, éste no permite clasificar automáticamente a una persona como consumidor de droga. Los resultados deben ser corroborados por un especialista

médico, el cual deberá estudiar los antecedentes médicos, sopesar las razones que puedan explicar el resultado positivo de la prueba y someter al interesado a un examen médico. Se puede dar el caso de que la positividad sea consecuencia de un medicamento recetado. Si se diese esta situación, la prueba será considerada negativa y, por lo tanto, no se deberán tomar otras medidas (OIT, 1996).

Para tomar la decisión de la necesidad de realizar las pruebas será determinante el tipo de trabajo que se realiza. De nuevo, se recuerda el derecho a la intimidad de la persona trabajadora, prevaleciendo este derecho sobre la necesidad de realizar las pruebas.

Si, una vez verificado, el resultado se da como positivo, la actuación posterior deberá estar enmarcada en un **plan global de actuación**, por lo que el primer paso será el de alentar al persona trabajadora a que recurra a los servicios de asesoramiento o programas de tratamiento o de autoayuda.

Otro de los derechos que se defiende es el de no discriminación, al indicar que “habría de adoptar las medidas necesarias para evitar que las pruebas tuviesen consecuencias potencialmente discriminatorias” (OIT, 1996).

En relación con el carácter confidencial de las pruebas, la OIT sostiene la necesidad de establecer normas para proteger la intimidad de los trabajadores y asegurar la confidencialidad de los resultados, considerando esencial:

- mantener secreta la identidad del persona trabajadora;
- guardar el expediente del persona trabajadora en lugar seguro;
- obtener la autorización expresa de la persona trabajadora antes de comunicar los resultados de cada prueba, con especificación de las sustancias para las que se hizo la prueba.
- cerciorarse de que la autorización firmada por el persona trabajadora para permitir que se comuniquen los resultados de sus análisis a terceros especifique claramente las personas a las que está destinada esa información;
- obtener una autorización aparte para cada una de las personas a las que se comunicará las informaciones acerca del persona trabajadora;
- firmar las autorizaciones ante testigos;
- comunicar a las partes interesadas las políticas relativas a la confidencialidad del programa de pruebas (OIT, 1996)

Al decidir cuales sustancias serán objeto de pruebas habrá que tener en cuenta varios factores:

- su prevalencia y las consecuencias del consumo en el lugar de trabajo;
 - las probabilidades de que el consumo de varias sustancias dañen la salud;
 - las probabilidades de que el consumo de varias sustancias afecte el comportamiento en el lugar de trabajo
- Dicho todo lo anterior, en el caso de decidir en la empresa aplicar test de despistaje, debe existir un protocolo para detectar posibles consumos indebidos siempre dentro de un plan integral de prevención y éste debe ser:
- Consensuado bien por el comité de seguridad y salud o con los delegados de prevención
 - Debe quedar claramente establecido en qué supuestos se aplicarán dichas pruebas, por ejemplo:
 - Cuando se estén desarrollando o vayan a desarrollar trabajos de especial peligrosidad o que impliquen riesgos para terceros o para ellos mismos.
 - Cuando exista una sospecha razonable de abuso.
 - Al volver de un tratamiento de desintoxicación para su control.
 - Cuando existan indicios suficientes de que ha contribuido o desencadenado un accidente laboral
 - Cuando existan signos de alarma por indicación del personal sanitario de atención primaria.



- Se garantizará la aplicación igualitaria a todas las categorías profesionales.
- Un resultado positivo no puede ser utilizado como causa de sanción o de despido.

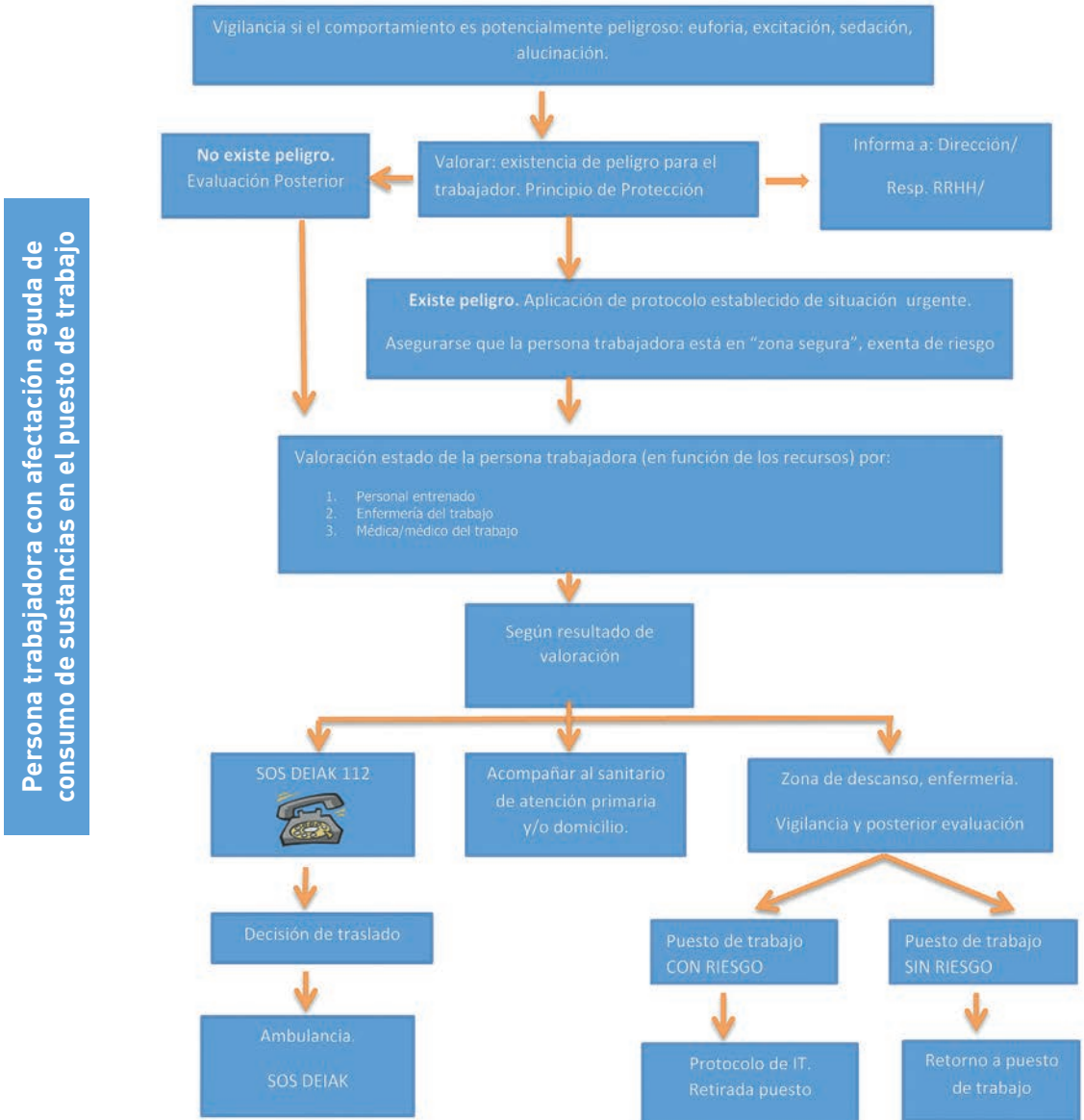
3.2.2.3.- Adicciones sin sustancias

Teniendo en cuenta que se trata de un riesgo emergente existen dificultades para disponer de una herramienta de diagnóstico fiable y validada para la detección temprana de estas patologías en el medio laboral.

3.2.2.4.- Protocolo de actuación en intoxicación aguda

Se desarrollarán protocolos de actuación para los casos de que un individuo manifieste signos de estar bajos los efectos del consumo de drogas en el lugar de trabajo. Se definirá claramente cuál es el papel que desarrollará cada estamento de la empresa en los procesos de detección, diagnóstico, tratamiento, evaluación y reinserción. Se definirán claramente las medidas disciplinarias, que serán conocidas por todo el personal de la empresa (31).

A continuación presentamos una propuesta de actuación en estas situaciones de disfunción aguda.



3.2.3.- PREVENCIÓN TERCIARIA

El objetivo de este programa es evitar consumos abusivos que repercutan negativamente en la salud y el trabajo, pero se debe ser consciente de que se encontrarán situaciones problemáticas que habrá que reconducir.

En este punto las acciones irán encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los trabajadores enfermos intentado reducir los **riesgos y los daños**.

3.2.3.1.- Acceso a las ayudas especializadas fuera de la empresa

La empresa facilitará a la persona trabajadora la búsqueda de ayuda especializada de forma voluntaria e individualizada. La persona trabajadora debe ser consciente de su responsabilidad en el cuidado de su salud y el riesgo que para ella, él o para sus compañeras compañeros puede ser el deterioro de sus facultades por el consumo de drogas.

3.2.3.2.- Retorno al trabajo

En **declaración formal**, que se definirá en el punto 4, firmada por la empresa, que debe ser conocida por todas las personas trabajadoras, estará detallada, de forma clara, cuál es la posición de la empresa ante este problema y cuál va a ser su actuación.

No en todos los casos de deshabituación la persona trabajadora precisará un periodo de incapaci-

dad temporal. En muchas ocasiones se podrá compaginar el programa terapéutico con la actividad laboral, ya que así existe más motivación para el cambio y menos posibilidades de recaídas. Dependiendo de las características específicas de cada situación se puede plantear la flexibilidad en los horarios, que permitan compaginar las sesiones de tratamiento y la actividad laboral. Se deben prever posibles ajustes, tanto de horarios como de puestos de trabajo, para facilitar el éxito del tratamiento.

En el caso que la persona trabajadora precise un periodo de incapacidad temporal el retorno al trabajo debe ser planificado previamente. Es deseable que existan canales de comunicación entre el personal sanitario que trata la deshabituación de la persona trabajadora y la persona responsable de la vigilancia de la salud de la empresa.

Respetando la voluntariedad del individuo afectado éste debería someterse a un examen de salud tras su retorno de IT prolongada (más de un mes) y el servicio médico deberá emitir una APTITUD LABORAL con todos los informes médicos aportados por el persona trabajadora y el conocimiento de las condiciones de trabajo y requerimientos que el puesto de dicho persona trabajadora tiene (32).

Se deberá facilitar el poder compaginar la reincorporación al trabajo con el mantenimiento del tratamiento, para minimizar el riesgo de recaída. Normalmente esta reincorporación se dará en las fases finales del tratamiento terapéutico,

como un paso más en la reinserción del individuo enfermo a la sociedad.

La vigilancia de la salud es un instrumento esencial para el seguimiento de la rehabilitación y reincorporación de la persona trabajadora con consumos inadecuados de drogas. Será la persona responsable de la vigilancia de la salud en la empresa o centro de trabajo del servicio de prevención quien determinará si es preciso realizar adaptaciones del puesto de trabajo teniendo en cuenta la sensibilidad especial que en ese momento tiene la persona trabajadora. Se analizará el entorno laboral modificando las situaciones de riesgo. Es importante la formación y el asesoramiento tanto de la persona afectada como del grupo de trabajo para una adecuada adaptación de todos los miembros.

El personal sanitario del servicio de prevención deberá realizar un seguimiento de la persona trabajadora valorando su evolución. El periodo de seguimiento variará en cada caso, pero se aconseja un periodo de supervisión prolongado en el tiempo.

No se puede olvidar que existe la posibilidad de la NO APTITUD LABORAL, que supone la imposibilidad de reincorporación al puesto de trabajo y, por lo tanto, la rescisión del vínculo laboral, si no existe otro puesto de trabajo dentro de la empresa donde la persona trabajadora pueda desarrollar su actividad laboral. Por todo ello, es aconsejable la comunicación entre los profesionales sanitarios para que el alta sea dada cuando se cumplan

las condiciones de APTO, aunque sea con limitaciones, para la reincorporación a su puesto de trabajo. Se ha de tener en cuenta que en algunas ocasiones no será posible la reincorporación del individuo a su puesto de trabajo.

El Plan Nacional sobre Drogas 2009-2012 en su punto 3 acción.-15 dice *“Impulsar el desarrollo de programas en los centros de trabajo, en los que se incluya actuaciones protocolizadas para iniciar tratamiento y **apoyo tutelado** a la reincorporación al puesto de trabajo de aquellos trabajadores con problemas de drogodependencia.”* Es una idea interesante donde un responsable tutele la reincorporación de una persona trabajadora ayudando a la adaptación del mismo a la rutina laboral.

En el protocolo de reinserción se debe hacer referencia a los deberes y responsabilidades de la persona trabajadora durante el mismo. Se admite que, durante el proceso, el hecho de participar en un programa no significa que la persona trabajadora pueda hacer caso omiso de las responsabilidades normales de su empleo.

4.- ACEPTACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto realizado por el grupo de trabajo en el que, como se ha indicado anteriormente, estarán todas las personas implicadas en la prevención de la empresa es un proceso participativo. Una vez elaborado, será valorado por el Comité de Seguridad y Salud o, en el caso de no existir

éste, por las delegadas y delegados sindicales o en su defecto las trabajadoras o los trabajadores designados o la persona responsable de PRL. En éste último caso el empresaria y empresario debe tener permanentemente a disposición de las trabajadoras y los trabajadores un dispositivo en medio físico (cuaderno, panel) o virtual (e-mail) donde se pueda aportar, proponer o hacer comentarios y/o buzón de sugerencias.

4.1.- GESTIÓN DE LAS SUGERENCIAS

Si la propuesta de cambio de proyecto es presentado por parte de la empresa será consensuada con el grupo de trabajo se deberá dar un plazo en torno a dos semanas para que la parte social opine, realice sus aportaciones a través del grupo de trabajo y éste a su vez lo derive a la empresa. En el caso de NO RESPUESTA se asume como aceptado.

Si la propuesta de modificación proviene de uno o más personas trabajadoras, a través del Servicio de Prevención o del grupo de trabajo, éste se lo comunicará a la empresa. La decisión de asumir por parte de la empresa la propuesta o cambio solicitado deberá ser consensuada con el grupo de trabajo.

4.2.- DECLARACIÓN FORMAL

La empresa ha desarrollado y consensuado una política preventiva en materia de adicciones, de-

bido a que estas pueden influenciar negativamente en la seguridad y la salud de las personas trabajadoras y por lo tanto en la empresa.

Esta política preventiva debe quedar recogida por **escrito en una declaración formal** de la empresa mostrando públicamente su compromiso.

Esta declaración debe recoger:

- Las líneas o directrices de actuación.
- Los derechos y deberes de las partes.
- Los compromisos y objetivos que asume.

Debe informar de las intenciones de la empresa en relación a temas como:

- La confidencialidad.
- La estabilidad en el puesto de trabajo.
- Otras cuestiones que determine cada empresa.

La empresaria y empresario es responsable de que cada una de las personas trabajadoras de la empresa esté informadas al respecto antes de la entrada en vigor del documento. Debe ser entregada a cada persona trabajadora y debe poder ser consultada en un lugar accesible del trabajo.

5.- DESARROLLO DE UN SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

La evaluación es un elemento indispensable para el seguimiento de un programa de prevención en la empresa, debe continuar durante el desarro-

llo de la intervención, pues es la única forma de conocer si se están ejecutando las acciones previstas y si se alcanzan los resultados esperados. Es también importante conocer cuáles son las actuaciones que resultan ineficaces y que deben ser revisadas o eliminadas.

Por lo menos una vez al año se deben evaluar los siguientes aspectos:

- Cómo consideran el programa una vez implantado y desarrollado tanto por la parte social como por los mandos de la empresa.
- El número de personas que utilizan los servicios ofertados y los resultados de las consultas.
- Valorar los efectos del programa sobre los indicadores elegidos como pueden ser el absentismo, producción, índice de accidentabilidad, rotación de personal, disminución de la conflictividad en el departamento de personal, etc.
- Las deficiencias o problemas en el desarrollo de las actuaciones previstas en el programa.
- Determinar si han surgido nuevas realidades no previstas en el programa inicial.

En definitiva se realizará una evaluación tanto del cronograma como de los indicadores iniciales.

Solo un seguimiento riguroso y una evaluación periódica de la implantación del programa permitirán alcanzar unos niveles adecuados del cumplimiento de los objetivos previstos.

La implantación de un plan de prevención de las adicciones en el medio laboral es un elemento vivo y los resultados positivos o negativos de su desarrollo servirán para potenciar o modificar aquellas actuaciones que así lo precisen.

6. CENTROS DE AYUDA Y ASESORAMIENTO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA

DEPARTAMENTO DE SALUD

VICECONSEJERIA DE SALUD
DIRECCION DE SALUD PUBLICA Y ADICCIONES

C/ Donostia-San Sebastián,1
01010 Vitoria-Gasteiz
Tfnoa: 945 01 81 04

www.osakidetza.euskadi.net

En esta dirección se puede encontrar los centros actualizados que realizan actividades en temas de adicciones tanto públicos como privados en el ámbito de la Comunidad Autónoma Vasca.

Bibliografía referenciada

- 1 Plan de Acción sobre Drogas 2009 – 2016, 2010. Ministerio de Sanidad y Política social Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2010. (http://www.pusd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf)
- 2 VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2011 – 2015. Departamento de Sanidad y Consumo EJ-GV. VI Dirección de Drogodependencias.
- 3 Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020 .Departamento de Salud EJ-GV. <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>.
- 4 Ley 7/1993, de 21 de diciembre. BOPV nº4, de 7 de enero 1994.
- 5 Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas. Organización Internacional del Trabajo (1988):
- 6 Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS 2011-2012, Madrid, 22 de Enero 2013.
- 7 Euskadi y drogas 2012, Centro de Documentación y Estudios del Gobierno Vasco. http://www.euskadi.net/85-ckdrog11/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/publicaciones_ovd_euskadi_drog.html.
- 8 Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España Fernando G. Benavides, Núria Ruiz-Forès, Jordi Delclós, y Antònia Domingo-Salvany. Gac Sanit. 2012].
- 9 Encuesta de Salud de la CAPV de 2013. Osakidetza www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/...escav13/index.
- 10 La ludopatía (Jugando a perder) Osakidetza Diciembre 2000 Servicio Vasco de Salud Dra. Kontxi Báez Gallo.

- 11 Trastornos asociados al juego patológico José Luis García Martínez Carmen Díaz Navarro Jose A. Aranda Romero Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar, Madrid anales de psicología, 1993, 9 (1), 83-92 juego patológico definición.
- 12 CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: meditor; 1992.Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 13 B.O.P.V. martes 14 de julio de 1998. Ley 18/1998, de 25 de junio, Sobre prevención asistencia e inserción en materia de drogodependencia.
- 14 Serie e informes técnicos 1975, nº 516.Organización Mundial de la Salud.
- 15 Laboro dependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. Javier Fernández-Montalvo' y Enrique Echeburúa' 'Universidad Pública de Navarra. Universidad del País Vasco 1998
- 16 Carta europea sobre Alcohol de la Conferencia Europea sobre "Salud, Sociedad y Alcohol", convocada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud Paris 1995.
- 17 Conduites addictives et travail 2008. Durand E., Gayet C., Laborde L., Van Dewweerd C., Farges. INRS
- 18 A Typology of Workaholics with Implications for Counselors. Robinsons, B.E (2000). Journal Addiction & Offender Counseling, 21, 34-38.
- 19 Nota Técnica de Prevención 579. INSHT
- 20 Los nuevos riesgos emergentes y modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación (OIT/2010
- 21 Juego patológico. Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). Barcelona: Plaza y Janés
- 22 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- 23 Plan de prevención de riesgos laborales, Jenaro Romero, <http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/rrhh/planpreven.htm>
- 24 Mano a Mano. Programa de prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Salvador Llivina, T; Suelves, J.M; Pozo, J. del (2003). Plan riojano de drogodependencias y otras adicciones.

- 25 Guía de intervención sindical sobre drogodependencias en el ámbito laboral. Disponible en: <http://www.ccoomadrid.es/comunes/temp/recursos/14/464996.pdf>.
- 26 Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. Carmen Otero Dorrego .Med Segur Trab 2011;57 suplemento1.
- 27 Protocolo de elaboración de planes de prevención en las empresas. Magdalena Morey, Xochitl Mejía, Xisca Cañellas, Juan Ramón Santos, Gorka Moreno. Proyecto hombre
- 28 Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en la población laboral. Navarro, J. (1999). VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana.
- 29 Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1996): Ginebra OIT .
- 30 Principios rectores para pruebas destinadas a detectar el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo. Oslo (Honefoss), Noruega OIT ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1993)
- 31 Como prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Bilbao: Confebask 2005
- 32 El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar. Rafael Mayorga, Amaya Moreno, Idoia Gonzalez. Mutua Navarra.

Bibliografía consultada

1. AA.VV. (1994): Estudio de las drogodependencias en el mundo laboral. Vitoria: GobiernoVasco.
a. —, (1989): Alcohol y drogas: programas de asistencia a los trabajadores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
2. AGIRRE, J.I.; ASUA, J.; COTO, J.C.; DOMÍNGUEZ, E.; GARCÍA, J.M.; GONZALEZ DE AUDIKANA, M.; et al. (1992): “Drogodependencias en el mundo laboral”. En Debate social ante las drogodependencias, Euskadi 1992. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco (167-215).
3. ARANA, X; GERMAN I; consumo de drogas: Repercusiones socio-jurídicas en el ámbito Laboral. www.ivic.ehu.es/p278.../es/.../cv%20German-Arana.indd.pdf

4. ALHAMBRA PÉREZ, M.C.P.; SEGURA ABAD, L.J. (2001): El alcohol: cuestiones jurídico médicas:(aspectos civiles, penales, administrativos y laborales; jurisdicción de menores; valoración de la práctica médico-forense). Granada: Comares.
5. BEH thématique10 mars 2009 / no 10-11. Femmes et addictions http://www.invs.sante.fr/beh/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf.
6. Benavides, F; Ruiz-Forès, N; Delclós, J; Domingo-Salvany, A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España .Gaceta Sanitaria Vol. 27. Núm. 03. Mayo 2013 - Junio 2013
7. CABARCA, M.; FERNÁNDEZ DÁVILA, S. (Trad.) (2003): Problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el trabajo: el cambio hacia la prevención. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones.
8. CAPORALINI A, YENNERICH, VÉLEZ M, GONZÁLEZ E. Manual de prevención de adicciones en el ámbito laboral "conocer y prevenir" un enfoque interdisciplinario, Bs.As.
9. CARBONELL, J.C.; GONZÁLEZ, J.L. (1996): Comentarios al Código Penal de 1995, Vives Antón, T.S. (coord.), Valencia, Tirant lo Blanch.
10. CAÑIZARES, F.I., ET AL., Manual para la prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral, manual para la prevención laboral de drogodependencias y adicciones en el ambito laboral, JUNTA DE ANDALUCIA. COMISIONADO PARA LA DROGA, SEVILLA, 2004,
11. CASTAÑO, V., MARTINEZ, P., Buenas prácticas para la reinserción sociolaboral de la población de mujeres ex consumidoras, FUNDACION ATENEA, MADRID, 2010,
12. CENTER CANADIEN D´HYGIÈNE ET SÉCURITE AU TRAVAIL. Abus de substances en milieu de travail. <http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/substance.html>.
13. CC.OO. (1989): La actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid: CC.OO.
14. —, (2001): Estrategias de acercamiento en drogodependencias. Paso a paso. Madrid: Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CC.OO.
15. —, (2002): Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias, Madrid, Secretaría Confederal de Medio Ambiente y Salud Laboral de CC.OO.
16. —, (2003): Alcohol y drogas en el lugar de trabajo, Madrid, Secretaría Confederal de Medio Ambiente Salud Laboral de CC.OO.

17. —, (2004): Encuentro Sindical sobre drogodependencia. Una visión global. Madrid: Secretaría Confederada de Medio Ambiente y Salud Laboral de CC.OO.
18. —, (2006): Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas. Madrid: ISTAS.
19. CONFEBASK (2005): Cómo prevenir los riesgos derivados del consumo indebido de alcohol y otras sustancias en el ámbito laboral. Bilbao: Confebask.
20. Conference sur « alcool, drogues et prevention en milieu professionnel : quels enjeux, quels defis pour les gouvernements, l'entreprise et les personnel ? » Conseil de l'Europe 14/15 mai 2012
21. CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANARIAS más vale prevenir Guía de prevención de adicciones en el ámbito laboral <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/201107Masvaleprevenir.pdf>
22. CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2002): “Resolución sobre una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo [2002-2006]”. Consejo de la Unión Europea.
23. Convention collective de travail n° 100. Une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise . Conseil national du Travail. Bruxelles 2009 <http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/DocumentBelgeCNT.pdf>
24. COTO, J.C.; DE PABLO, F.; HERRERO, E.; MARTÍNEZ, J. (1987): “Trabajo y drogas”. En Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi -1987-. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones. Gobierno Vasco, 189-211.
25. DE ALVARO, M.A., ET AL., Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes , JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, VALLADOLID, 2007.
26. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies Worker. Substances Use and Workplace Policies and Programs. <http://www.oas.samhsa.gov/work2k7/work.pdf>.
27. DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2004): Informe de Salud Pública 2004. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad.
28. —, (2006): Informe del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías SEIT. Comunidad Autónoma del País Vasco 2004. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad.

29. DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS SOCIALES (2006): V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2004-2008. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
30. DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO EJ-GV 2010 ESCAV'07. Encuesta de Salud del País Vasco 2007 Euskal Osasun Inkesta (http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-escav/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav/adjuntos/Encuesta_salud_2007.pdf).
31. Dossier Consommations en milieu de travail .10 mars 2009 n° 25 Addictions A.N.P.A.A. France.
32. Drogas y genero Farapi S.L.. 2009 https://www.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf.
33. Effective interventions unit, a guide to working in partnership: employability provision for drug users, Scottish executive. Effective interventions unit, EDINBURGH, 2003.
34. EJ-GV 2009 Informe de análisis de buenas prácticas en diseño y planificación en políticas de drogas de cara a la elaboración del VI PLAN QUINQUENAL DE drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2009-2013.
35. Encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. DELEGACION DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, MADRID, 2011.
36. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España .EDADES 2011 2011-2012 DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS MADRID, 22 DE ENERO DE 2013.
37. Enquête sur les consommations de tabac, d'alcool et de drogues en milieu maritime civil .13es Journées de la Médecine des Gens de mer, 13 mars 2008 Fort Emmanuel. Pr. Bergeret Alain. SSGM.
38. Euskadi y Drogas 2012 SiiS, Centro de Documentación y Estudios. https://www.euskadi.net/r85-ck-drog11/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/publicaciones_ovd_euskadi_drog.html.
39. FAD (2002): La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid: FAD.
40. FRAYSSE, D.; KUNZ, V ; TUMERELLE, D. 6 MEDISIS. Substances addictives et travail 2006 Aide à la décision Institut de Sante au travail du Nord de la France. http://www.medisis.asso.fr/upload/GUIDE_addictions.pdf.

41. GERMAN CENTRE FOR ADDICTION ISSUES, HAMM 2010. Alcohol at the workplace. Case studies. Good practices, programmes or projects in European countries.
42. GERMAN CENTRE FOR ADDICTION ISSUES, HAMM, 2010. Alcohol and the workplace. A report on the impact of work place policies and programmes to reduce the harm done by alcohol to the economy
43. González de Audicana, M. y García J. Martínez, A. (1996). La prevención de las drogodependencias en el mundo laboral. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
44. GONZALEZ, M.J., ET AL., Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas, INSTITUTO SINDICAL DE TABACO, AMBIENTE Y SALUD , VALENCIA 2006
45. GOUVERNEMENT DU QUEBEC MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. 1999 Comité permanent de lutte à la toxicomanie Prévention de la toxicomanie en milieu de travail: agir ensemble, là où ça compte.
46. HAS "Dossier médical au travail "or HAS. Enero 2009. Francia
47. HORTAL IBARRA, J.C. (2004): "Legitimación y eficacia de la intervención penal en el ámbito de la prevención de riesgos laborales" En La política criminal en Europa. Mir Puig, S.; Corcoy, M. (Dirs.). Barcelona: Atelier, 237-252.
48. http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/CONDUITES_ADDICTIVES.pdf
49. http://www.drogomedia.com/res_herramientas.php [acceso a textos completos].
50. HUERTA, A., et al., Manual Práctico para la creación de empresas de inserción. Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al drogodependiente, Madrid, 2000
51. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO "Drogas en el ámbito laboral". www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/.../drogas_septiembre2007.pdf
52. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO
53. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/.../ntp_394.p...
54. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO NTP 455: Trabajos turnos y nocturnos. Aspectos organizativos. www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/.../ntp_455.p...

55. INRS. DURAND E., GAYET C., LABORDE L., VAN DEWEERDT C., FARGES E. Conduites addictives et travail .2008.
56. INRS Eric DURAND http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/alpesmed/evenements/rns2009/pdf/06_E_Durand.pdf
57. INRS ED 6147. Les pratiques addictives en milieu de travail principes de prévention Mars 2013 <http://damienduquesne.unblog.fr/files/2013/04/inrs-pratiques-addictives-milieu-de-travail-2013.pdf>
58. ISTAS 2006. Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas.
59. JIMENEZ, J., ET AL., Lineamientos generales: drogodependencias, Inserción Laboral y autoemplea , AGENCIA ANTIDROGA, MADRID, 2007, 132 páginas
60. JIMENEZ, J., ET AL., Propuesta metodológica de inserción socio laboral a través del autoempleo , AGENCIA ANTIDROGA, MADRID, 2007,
61. JIMENEZ, J., ET AL., Experiencias de buenas prácticas en inserción laboral de drogodependientes para los técnicos de la red de la agencia antidroga, AGENCIA ANTIDROGA, MADRID, 2007.
62. Les consommations : quelle prévention en entreprise ? Éric DURAND Département EAM. INRS. ,13es Journées de la Médecine des Gens de mer, 13 mars 2008.
63. Livre blanc de l´addictologie française FFA-24 mai 2011 http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf
64. MELERO, J.C y ORTIZ, A. Lugar de trabajo libre de drogas .Bilbao. Edit. EDEX, 2002.
65. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Estrategia Nacional Sobre Drogas 2009-2016. 2009. Madrid .Edt. Plan Nacional Sobre Drogas. 102 pag. <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiasPNSD2009-2016.pdf>.
66. MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACION – INSHT. M DOLORES SOLÉ Integración de la prevención de las drogodependencias en la planificación preventiva de las empresas.
67. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS2010 Plan de Acción sobre Drogas 2009-2016,2010. (http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf)
68. NAVARRO, J. (1999): “Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en población laboral”. En VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana.

69. NAVARRO, J. et alt. (1987): La incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral. Madrid: UGT.
70. NAVARRO, J.; GÓMEZ, E.; (1998): La incidencia de las drogas en el mundo laboral de la Comunidad de Madrid. Madrid: FAD.ministerio
71. NAVARRO, J.; RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, E. (2002): La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Madrid: FAD
72. NAVARRO, J.; MEGÍAS, E. (2006): La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana, 2005. Madrid: FAD y Generalitat Valenciana.
73. NORDMANN,PR; http://www.alcoosite.fr/gr-travail/doc-te/ CONDUITE_PROFESSIONNELLE_ET_CONDUITES_ADDICTIVES.pdf
74. OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>.
75. OBSERVATORIO VASCO DE DROGODEPENDENCIAS (2006): Informe 2004. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
76. Olivier PALMIERI et Maud CRETON "Toxicomanie et addictions cas cliniques 2005". JDV DIJON, décembre 2005.
77. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1988): Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol. Ginebra: OIT.
78. —, (1994): Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de drogas y alcohol .Ginebra: OIT.
79. —, (1996): Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra: OIT.
 - a. —,(1995):Repertorio de Medidas Prácticas para la Atención de los Consumidores de alcohol y drogas en el Trabajo". Ginebra: OIT.
80. —, (1998): Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Ginebra : OIT.
81. —, (2002): "Drug and alcohol abuse – an important workplace issue". Documento electrónico publicado en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/impiss.htm> (marzo 2002).

82. —, (2002): "A consensual approach to workplace substance abuse". Documento electrónico publicado en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/consen.htm> (marzo 2002).
83. —, (2003): Problemas relacionados con el alcohol y las drogas en el trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Publicaciones.
84. O.M.S Carta Europea sobre Alcohol la Conferencia Europea sobre "Salud, Sociedad y Alcohol", convocada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud Paris 1995
85. PEDROGA ALQUEZAR, S.I. (2005): La vigilancia de la salud en el ámbito laboral: regulación legal, límites y cuestiones problemáticas. Madrid: Consejo Económico y social.
86. PEREA, O., ET AL., Buenas prácticas en incorporación sociolaboral con drogodependientes, RED ARAÑA. TEJIDO DE ENTIDADES SOCIALES POR EL EMPLEO, MADRID, 2003, ARAÑA,
87. PEREA, O., ET Guía de procedimientos de intervención en orientación sociolaboral con personas en tratamiento por drogodependencias, caso práctico. Proceso de orientación sociolaboral con personas en tratamiento por drogodependencias. Modelo COS , AGENCIA ANTIDROGA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, MADRID, 2003,
88. QUINTERO, G. (dir.); MORALES, F. (coord.) (2004): Comentarios al nuevo código Penal, (3ª ed.), Navarra, Aranzadi.
89. ROBERTS, M., et al., Drug testing in the workplace: the report of the independent inquiry into drug testing at work, JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION, YORK, 2004,
90. RODRIGUEZ, L.E., Guía de buenas prácticas en los programas de incorporación sociolaboral de las entidades UNAD, , UNION DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCION AL DROGODEPENDIENTE, UNAD, MADRID, 2005.
91. RODRIGUEZ, L.E., Documento marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos, UNION DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCION AL DROGODEPENDIENTE, MADRID, 2005,
92. SALVADOR LLIVINA, T.; SUELVES, J.M.; POZO, J. del (2003): Mano a mano. Programa para la prevención y asistencia de las drogodependencias en el medio laboral. Logroño: Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.
93. SANCHEZ, L., Modelo de gestión de los procesos de integración socio laboral de la población drogodependiente en Castilla y León, JUNTA DE CASTILLA Y LEON, VALLADOLID, 2007, 83 páginas.

94. SIIS (2006): Euskadi y Drogas 2006. Observatorio Vasco de Drogodependencias.
95. TORRIJOS, M., Mercado laboral, procesos de incorporación y empleabilidad de trabajadores con problemas de Drogodependencias, RED ARaña. TEJIDO DE ENTIDADES SOCIALES POR EL EMPLEO, MADRID, 2005.
96. UGT (2003a): Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. Boletín número 1 [en línea] 2003 [citado noviembre 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.ugt.es/laboral/drogasnumero1.pdf>.
 - a. —, (2003b): Prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral. Boletín número 3 [en línea] 2003 [citado noviembre 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.ugt.es/slaboral/drogasnumero3.pdf>.
97. —, (2011): Mujer y drogodependencias en el ámbito laboral mano por la prevención. <http://www.ugt.es/saludlaboral/GUIA PREVENCIÓN MUJER-.pdf>
98. UNION DE ASOCIACIONES Y ENTIDADES DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE, Documento marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos, Unión de asociaciones y entidades de atención al drogodependiente, MADRID, 2005,
99. VALLE, J.M.; VILLACAMPA, C. (2004): Comentarios al nuevo código Penal, (3ª ed.), dir. G. Quintero, coord. F. Morales, Navarra, Aranzadi.
100. VIVES ANTÓN, T.S. (coord.) (1996): Comentarios al Código Penal de 1995, Valencia, Tirant lo Blanch.
101. WORLD HEALTH ORGANIZATION COPENHAGUE 2006. Legislating for smoke free workplaces.

