

TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO: ENTRE TRADICIÓN Y RENOVACIÓN

Antonio Álvarez Montero

*Catedrático de Escuela Universitaria. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
Universidad de Jaén*

EXTRACTO

En el Derecho del Trabajo español existe una profunda contradicción en el tratamiento del consumo de drogas en los lugares de trabajo. El marco político e institucional parte de tratar la drogodependencia como enfermedad. Pero la legislación laboral sigue perpetuando el tratamiento disciplinario. La negociación colectiva mayoritaria sigue anclada en ese pasado moralizador y represivo. Sin embargo, hoy en día podemos encontrar un buen número de experiencias negociadoras que introducen tratamientos más innovadores.

Palabras claves: negociación colectiva, drogodependencias y promoción de la salud laboral.

Fecha de entrada: 09-03-2016 / Fecha de aceptación: 14-04-2016

COLLECTIVE BARGAINING AND DRUG ADDICTION AT WORK: BETWEEN TRADITION AND INNOVATION

Antonio Álvarez Montero

ABSTRACT

In the Spanish Labour Law there is a profound contradiction in the treatment of drug addiction in the workplace. The political and institutional framework of treating drug dependence as a disease. But Act statutory continues to perpetuate the disciplinary treatment. The majority collective bargaining remains stuck in the past moralistic and repressive. However, today we can find a number of negotiating experiences that introduce more innovative treatments.

Keywords: collective bargaining, drug addiction and health promotion at work.

Sumario

1. Introducción: Gestión de las drogodependencias, ¿nueva dimensión de la prevención de riesgos laborales?
2. Cláusulas convencionales de gestión de los consumos problemáticos en los lugares de trabajo: ¿Hay algo de nuevo?
 - 2.1. Las drogodependencias en el ámbito laboral a la luz de la negociación colectiva: Una aproximación desde el marco convencional estatal
 - 2.1.1. La recuperación en el III AENC del compromiso preventivo de los sujetos sociales
 - 2.1.2. ¿Qué recepción ha tenido este compromiso «confederal» en niveles inferiores? Domina la tradición represiva, pero se abre camino la preventiva
 - 2.1.3. La tipología de la diversidad de tratamientos dentro de la (breve) muestra innovadora en gestión de las drogodependencias en el ámbito laboral
 - 2.2. El lento caminar hacia la gestión convencional colectiva de las drogodependencias en los lugares de trabajo: ¿Se confirma en la experiencia autonómica?
 - 2.2.1. Aproximación general: A mayor prevalencia disciplinaria de la gestión del consumo de drogas, menor muestra de diversidad convencional innovadora
 - 2.2.2. No todo es «tradicionalismo», también hay, *rara avis*, cláusulas innovadoras
3. Reflexiones finales

1. INTRODUCCIÓN: GESTIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS, ¿NUEVA DIMENSIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES?

Por supuesto, sin necesidad de reeditar aquí la vieja, y nunca bien resuelta, polémica entre la «escuela histórica» y la «escuela racional-idealista o filosófica» del Derecho¹, hoy es un dato ya adquirido de la cultura jurídica, más para los juristas del trabajo, la imperiosa necesidad de afrontar la regulación de todo fenómeno social atendiendo a su dimensión no solo histórica, sino cultural, frente a los viejos postulados del cerrado positivismo normativista. De ahí que un tema tan recurrente como central no ya solo del pensar jurídico, sino también del obrar regulador, ha de ser el de cómo reconciliar la idea de un orden jurídico estable, según un orden de valores representado en niveles normativos superiores, con la permanente necesidad de transformar la vida social, tomando partido en las principales «luchas» por su mejora, en una dirección de progreso y bienestar social, de la mayoría. Precisamente, este punto de partida de cómo quien suscribe concibe lo jurídico resulta especialmente relevante, o útil para afrontar el objeto de estudio, como trataré de acreditar, más que sobre reflexiones teóricas sobre experiencias prácticas, aunando dimensión normativa y dimensión práctica. En efecto, aunque la «cuestión social» del «consumo de drogas» por la población es muy recurrente en nuestras sociedades, no se presenta del mismo modo en cada época, de ahí que asuma, como recientemente se ha evidenciado, una relevante dimensión «histórico-cultural»².

En su día –diversos *revival* en medios de comunicación de la célebre «movida de los años ochenta» en España así lo recuerdan– la «heroína», y, algo después, la «cocaína», fijarán los tér-

¹ Aunque, como suele suceder, en todos los ámbitos de la vida, también de la política, también del trabajo, los «opuestos» suelen atraerse y, a menudo, incluso terminan convergiendo, tal y como destacara uno de los pensadores más representativos de la llamada «Escuela libre del Derecho», de inicios del siglo XX, y que más promovió la necesidad de constante renovación jurídica, evidenciando las deficiencias de la concepción jurídica dominante del siglo XIX: «La escuela histórica fue a parar exactamente a la doctrina opuesta (a la de la escuela del Derecho natural) a causa de una disposición romántica que le presentaba como más atractiva una inmersión contemplativa en la historia en lugar de tomar parte de manera efectiva en las luchas del día, a consecuencia de suceder a la apresurada, algo tosca y presuntuosa codificación de la época vehemente y partidaria de la acción que fue la de la Revolución francesa... que aseguraba haber encontrado "lo razonable" ya elaborado y... a causa de la tradición erudita que la limitó a trabajar sobre un cuerpo de Derecho tradicionalmente recibido». Vid. KANTOROWICZ, H.: *Zur lehre vom richtigen Recht*, 1909, pág. 8 (citado por POUND, R.: «Capítulo I. Historia y Derecho», en Id. *Las grandes tendencias del pensamiento jurídico*, Granada: Comares, 2004, pág. 22, nota a pie núm. 25).

² Vid. MOLINA, C.; MIÑARRO, M.; ÁLVAREZ, M.; GARCÍA, J. y GONZÁLEZ, E.: *Drogodependencias y Adicciones en los ambientes de trabajo. Buenas prácticas de regulación y gestión negociadas*, UGT-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, pág. 11.

minos tanto del debate como de la respuesta jurídico-social. El primero supuso una intensa concienciación de las secuelas de muerte, marginalidad, e inseguridad ciudadana, con la creación de una gran alarma social. La segunda, en coherencia, obedeció estrictamente a esa representación represivo-asistencial, poniendo en el centro de la acción político-institucional la persecución de la oferta y la asistencia socio-sanitaria, aunque débil, a los consumidores.

Sin lugar a dudas, esa visión ha cambiado notablemente en estas décadas, hasta el punto de configurarse una realidad bien diversa, mucho más heterogénea, variada y también variable, esto es, dinámica y compleja, también relevante y grave, por supuesto, que reclama una adecuada y renovada atención. Al respecto hay un notable consenso científico y social, y no está de más resaltarlo en tiempos tan inciertos y convulsos, también institucional, como lo prueba la [Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016](#) (ENSD) y el vigente [Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016](#) (PASD). Ahora bien, tan cierta como esta renovación de la representación que se tiene de los «consumos problemáticos de drogas» –como una manifestación principal, pero no exclusiva, de la contemporánea cuestión social de las «adicciones» (las drogas implican adicción a sustancias psicotrópicas, pero hay otras adicciones no vinculadas a consumos de estas sustancias sino a conductas que, cada vez más prevalentes, no se recogen en el referido marco de planificación institucional de la política de lucha contra las drogodependencias y en aras de la promoción de la salud ciudadana)–, típica de su «normalización como enfermedad», es la perpetuación, en especial en el ámbito que aquí interesa, jurídico-laboral, del enfoque doble, «represivo interior-asistencial exterior», de este tipo de problemas en el seno de las organizaciones empresariales. Así sucede por la continuidad del [artículo 54.2 f\) del Estatuto de los Trabajadores](#) (ET), e, incluso, indirectamente, por la [Ley 28/2005, de 26 de diciembre](#), «Ley antitabaco», pues pese a no ser una norma laboral, sino sanitaria, se asienta sobre una prohibición, incluyendo también a los centros de trabajo, y sobre un marco de sanciones expeditivas³.

Pero, ¿acaso la gestión eficaz de la lucha contra las drogas es un problema laboral, o, más bien es, de salud pública? No es propósito específico de este estudio analizar la incidencia de las condiciones de trabajo en la prevalencia de consumos drogodependientes, tema muy relevante sobre el que es necesario profundizar. Pero sí es oportuno recoger un dato estadístico –Encuesta promovida y realizada a instancia del Ministerio de Sanidad en el marco del Plan Nacional de Acción contra las Drogas–, que confirma esa relación: El consumo de drogas es prevalente en las organizaciones de trabajo. Así se reconoce oficialmente que:

«En términos generales, el porcentaje de consumidores es mayor entre los que afirman estar expuestos a ciertos riesgos laborales (insatisfacción en el trabajo, riesgos psicosociales, riesgos de seguridad, condiciones de empleo y daños para la salud, etc.) ...»⁴.

³ *Vid.*, por todos, GARCÍA GIMÉNEZ, M.: «La prohibición de fumar en los centros de trabajo: Las implicaciones jurídico-laborales y de Seguridad Social de la Ley 28/2005 –"Ley Anti-tabaco"–», *RTSS.CEF*, núm. 276, 2006, págs. 75 y ss.

⁴ *Vid.* *Encuesta 2013-2014 sobre Consumo de Sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*, pág. 48. Integrada en la Encuesta General EDADE (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España). Se realiza cada

Al margen de la cuestión sobre las relaciones de causalidad que derivarían de este dato, negadas por la encuesta de modo directo e inmediato, a falta de mayores evidencias de carácter científico y evaluaciones cualitativas, lo cierto es que resulta también inexcusable la implicación de los sujetos y acciones laborales para una gestión eficaz de esta cuestión social. Pero de inmediato emerge una constatación muy preocupante: A día de hoy, sigue existiendo una profunda, y grave, contradicción, antinomia en sentido jurídico estricto, entre, de un lado, el marco de planificación político-institucional –en cierto modo de *soft law*–, que asume la calificación de enfermedad normalizada y promueve, para hacerle frente, tanto la prevención como la reintegración social en caso de fallar aquella, y, de otro, el «legal», que mantiene inalterado el tratamiento heredado no ya solo del originario ET, sino incluso de la regulación preconstitucional⁵. Puesto que un ejemplo vale, a menudo, más que un denso discurso, baste referir a este texto de la Estrategia Nacional sobre Drogas para ver esa contradicción:

«El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales...» –pág. 63–.

En definitiva, para el marco de plantificación institucional de la política de gestión del consumo de drogas en el ámbito laboral rige un enfoque de salud laboral y la solución debería integrarse como «parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales» (LPRL), sin embargo, el tratamiento jurídico-laboral estatutario sigue anclando en el enfoque represivo-paternalista desarrollado hace más de 40 años. ¿Cómo superar este desfase? Evidentemente, la vía más expeditiva y directa sería la de una reforma de esta regulación, intentada fallidamente en algún momento de nuestra historia posconstitucional y quizás hoy asumible en un escenario de cambio político asentado en el «progreso social» –idea compartida por todos los agentes en la citada Estrategia Nacional–. Pero ni es la más probable, desde luego, ni tampoco es la única. Al respecto, es posible, y hoy muy conveniente, redirigir la mirada hacia otra fuente del sistema de relaciones laborales que tiene mucho que decir y, como aquí se pretende desarrollar, lo está diciendo y haciendo de una forma real, constatable; lenta y progresiva, sí, pero también renovada, innovadora.

siete años, desde 2007, en población laboral residente en España de 16 a 64 años. Se lleva a cabo en coordinación con la «Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el Ámbito Laboral».

⁵ Esta contradicción ha sido destacada por la práctica totalidad de la doctrina científica, no demasiada, por cierto, que se ha aproximado a esta importante cuestión. *Vid.* AA. VV. (Molina, C. y Miñarro, M. *et al.*), *Drogodependencias... op. cit.*, pág. 13. Ya antes, calificando la regulación tradicionalista jurídico-laboral de «perturbador referente», FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J. J.: «La embriaguez habitual como causa de despido y/o la asistencia al trabajador con problemas de alcohol y drogas», *RTSS.CEF*, núms. 365-366, 2013, pág. 159.

2. CLÁUSULAS CONVENCIONALES DE GESTIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN LOS LUGARES DE TRABAJO: ¿HAY ALGO DE NUEVO?

2.1. LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL A LA LUZ DE LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA: UNA APROXIMACIÓN DESDE EL MARCO CONVENCIONAL ESTATAL

2.1.1. La recuperación en el III AENC del compromiso preventivo de los sujetos sociales

En la más general tensión entre dos conceptos no diferenciables con precisión, por el carácter poroso, incluso vaporoso, de sus fronteras conceptuales y prácticas⁶, la «protección de la salud laboral» a través de una política eficaz de prevención de riesgos profesionales, *ex* artículo 14 de la LPRL, y la «promoción de la salud laboral», a través de una política de «responsabilidad social», la gestión preventiva del riesgo de consumos adictivos en los lugares de trabajo habría quedado incluida, pese a lo indicado por la Estrategia Nacional, dentro de esta y excluida de aquella. Las organizaciones empresariales se oponen a un desbordamiento tal del marco de la LPRL, que ya consideran extremadamente desmesurado, por entender que los consumos son una cuestión de decisión personal, individual, por tanto dentro de la esfera privada y, por lo tanto, su solución debe ser social, como sociales serían los factores que lo generan. Eso sí, al mismo tiempo, y por lo general, al menos en un plano del discurso oficial o institucional, no rechazan implicarse en la gestión de esa cuestión social si se tiene como un compromiso estrictamente voluntario, adicional al legal y, además, cuentan con recursos públicos que les faciliten esa gestión coparticipada con los representantes de los trabajadores.

Tampoco vamos a detenernos aquí en el análisis de esta cuestión, que, desde luego, presenta diversas aristas y, como se decía, siguiendo el planteamiento de autorizada doctrina, no presenta

⁶ Precisamente, la OIT diseñó una herramienta formativa –SOLVE (2012)– con el objetivo de integrar esa dimensión promocional, que presume como un nivel de compromiso del diálogo social por encima del deber legal establecido en el marco normativo al respecto –sobre todo *Convenio n.º 155*–, y complementario del mismo, en las políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo –marco promocional *ex Convenio n.º 187 OIT*–. SOLVE se centraría, además de en la prevención de los riesgos psicosociales, en una cultura de promoción del bienestar en el trabajo a través del diseño de políticas factibles en las empresas, conforme al paradigma de la «empresa saludable». Una pieza esencial de esa política promocional es la prevención del consumo de drogas. *Vid.* http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-ed_protect/-/-protrav/-/-safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf. Un detenido estudio de las tensiones actuales entre ambos conceptos, ante la identificación de la salud con el bienestar social, según la OMS, en MIÑARRO, M. y MOLINA, C.: «Perspectiva jurídica de los 20 años de PRL», en AA. VV., *20 Años de la LPRL*, UGT-Fundación para la PRL, 2015, págs. 458 y ss. y 482 y ss. Con buen criterio, estos autores recuerdan que la gestión de las adicciones viene apareciendo de forma recurrente dentro de las Estrategias Comunitarias de Seguridad y Salud en el Trabajo, aludiendo a la negociación colectiva como «vía de progreso» al respecto.

contornos inequívocos. Baste recordar que la más reciente jurisprudencia social, con carácter general, considera que el sistema normativo de la LPRL es de mínimos, por lo que queda abierto a estándares más elevados de protección de la salud laboral entendida como equilibrio de bienestar social (STS, Sala 4.ª, de 17 de marzo de 2015, RCU 2045/2014).

Asimismo, la evolución hacia una «cuasi objetivación» –o reforzamiento del estándar de diligencia– de la responsabilidad indemnizatoria empresarial propicia esa elevación del estándar tutelar legal. De mucho interés, al respecto, la situación y la doctrina fijada por la STS, Sala Penal, 636/2014, de 1 de abril. En ella se resuelve un caso de violencia física extrema de un joven marinero –22 años– que, con antecedentes clínicos por psicosis relacionadas con el consumo de cannabis y alcohol, apuñaló en reiteradas ocasiones a un compañero de tripulación, mientras se encontraban enrolados en un pesquero. El compañero agredido demandó a la empresa, a fin de obtener garantía reforzada del cobro de la indemnización. Aunque el Tribunal Supremo, en este caso, no consideró procedente la responsabilidad civil subsidiaria, sí se planteó la posibilidad de que, en otros casos, sí derivara para el empleador un deber indemnizatorio por no haber previsto este tipo de comportamientos⁷.

Pero no es esta vertiente la que aquí queremos explorar, asumiendo otra mucho más proactiva y basada en el diálogo social, en el compromiso conjunto y en la convicción de todos sobre las bondades de una implicación concertada en la gestión preventivo-reintegradora de los trabajadores que sufren consumos adictivos problemáticos o drogodependencias. En esta dirección, una clara muestra de este compromiso promocional, voluntario y de responsabilidad social, en el vigente Diálogo Social, reactivado después de varios años en los que las cuestiones de salud laboral, estrictamente normativas, cuando menos las que se tienen como expresión de estándares más garantistas, han quedado notablemente relegadas de la gestión, por tanto también de la negociación colectiva estatutaria⁸, es el **III Acuerdo de Empleo y Negociación Colectiva** (AENC/2015-2017). Ciertamente, no es la primera vez que aparece esta materia en un acuerdo interprofesional de este tipo, pues ya lo hizo en el Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva, si bien en este el compromiso aparecía algo más diluido, porque se remitía más a estudios sobre su incidencia en el ámbito laboral –concienciación social mayor y conocimiento basado en la evidencia–, remitiéndose la actuación claramente a una acción de carácter exterior o externa –las políticas socio-sanitarias a definir desde el ámbito de la salud laboral pública–. En todo caso, pese a esta aproximación diluida o «débil» de los interlocutores sociales, no debe infravalorarse que, ya en

⁷ Por todos, para la evolución de esta cuestión, MOLINA NAVARRETE, C.: *Nueva indemnización por daño profesional. Mejoras y límites del «nuevo baremo»*, Albacete: Bomarzo, 2016, págs. 31 y ss.

⁸ Aunque las relaciones siempre han sido ambivalentes, proliferando los balances críticos, por lo reducido de los avances preventivos en la negociación colectiva, no puede regatearse una significativa preocupación, pese a que todos esperemos bastante más. Vid. MENDOZA NAVAS, N.: *El tratamiento convencional de la salud y la seguridad en el trabajo*, Granada: Comares, 2013. De gran interés también el análisis prospectivo en su día, hoy decepcionante, sin duda respecto de aquellas expectativas, de MERCADER UGUINA, J. y MUÑOZ, A. B.: «El futuro de la negociación colectiva en materia de prevención de riesgos laborales», *Aranzadi Social*, núm. 5, 2002.

aquella época, se llamara la atención sobre un riesgo psicosocial de este tipo, siendo ese año el último acuerdo anterior a la crisis.

En el actual, también ya «pos-recesión» –que sea pos-crisis económica ya es otro cantar bien diferente– se incluye una llamada a la acción negociada más expeditiva, muy concreta, pero muy directa, pues se compromete a la negociación colectiva en la búsqueda directa de la solución más eficaz al problema del consumo de drogas en los entornos laborales, con lo que no solo parece hacerse un guiño favorable al marco promocional planificado, antes referido, sino incluso a aquellas leyes de Salud Pública que, en relación con la Salud Laboral, hacen de ese compromiso un ariete fundamental para mejorar la eficacia de gestión de esta cuestión social. A título de ejemplo, es relevante mencionar el artículo 62.5 de la [Ley 10/2014, de 29 de diciembre](#), de Salud de la Comunidad Valenciana⁹:

«5. Se instará a la realización de programas de prevención de consumo de drogas y trastornos adictivos en el ámbito laboral. En su diseño, ejecución y evaluación participarán las organizaciones empresariales, las organizaciones sindicales más representativas, los servicios de prevención y los comités de seguridad y salud de las empresas».

2.1.2. ¿Qué recepción ha tenido este compromiso «confederal» en niveles inferiores? Domina la tradición represiva, pero se abre camino la preventiva

Es suficientemente conocido que este tipo de acuerdos interprofesionales obedecen, desde 2002 –no es ocioso traer a colación ahora que también han tenido cierto eco en alguna autonomía, como Cataluña, que viene concluyendo los propios, a veces más comprometidos, y con cierta originalidad, respecto de los firmados para el ámbito estatal–, a un tipo peculiar de acuerdos socio-sindicales en la cumbre que apuestan por la «recomendación» u «orientación» práctica respecto de los diferentes niveles o ámbitos de negociación colectiva, renunciando a la compulsión, de ahí su eficacia tan solo obligatoria, no normativa, como podrían por reunir la legitimación *ex artículo 83.2 del ET* (la jurisprudencia modula este criterio para los acuerdos interprofesionales de Cataluña, tratándolos como auténticos acuerdos marco; [STS de 22 de octubre de 2013, rec. núm. 110/2012](#)). Este es un auténtico tópico doctrinal sobre el que no es necesario volver aquí, aunque no haya acuerdo a la hora de valorarlos¹⁰, pues ese respeto tan exquisito de la autonomía convencional en los diferentes niveles reduciría su implantación en la práctica, al menos en ciertos aspectos, la mayoría, salvo los relativos a la moderación salarial y a las cuestiones retributivas en general.

⁹ Sobre todo este entramado normativo promocional, con referencias críticas, *vid.* AA. VV. (Molina, C. y Miñarro, M. *et al.*). *Drogodependencias...*, *op. cit.*, págs. 45 y ss.

¹⁰ Para un aval muy autorizado de esta modalidad singular de acuerdos interconfederales *vid.* RODRÍGUEZ-PIÑERO, M.; VALDÉS, F. y CASAS, M. E.: «El Acuerdo Interconfederal para la Negociación Colectiva 2007». *Relaciones Laborales*, I.

No por ello deben infravalorarse, por supuesto. Más aún. Es muy interesante poner de relieve que allí donde ha habido marcos de compromisos socio-políticos de referencia para estas materias, se han impulsado experiencias prácticas de grandes empresas –por ejemplo, Fomento de Construcciones y Contratas (Delegación Lleida-Tarragona, a partir de la cual se ha extendido a otras delegaciones de la empresa, del grupo y a otras empresas del sector)¹¹ más señeras. Es el caso de la referida Cataluña, en cuyo marco autonómico se pactó, de forma pionera, el Convenio de concertación social para la prevención y tratamiento de drogodependencias (marzo del 2002), firmado entre la Generalitat de Cataluña y las organizaciones patronales y sindicales más representativas. De este modo, el ambiente próximo de trabajo se convertía:

«por la importancia que tiene en la vida de una persona y su dimensión social, ... en un ámbito adecuado para las intervenciones preventivas de los consumos de drogas a los que se hace referencia... y para las... asistenciales de las alteraciones relacionadas con estos».

En este momento lo que importa analizar es cómo han recibido esos diferentes niveles de negociación colectiva aquel compromiso innovador en la gestión del riesgo psicosocial de consumo problemático de drogas, deviniendo una opción inicialmente individual, mediada por las circunstancias ambientales, en un problema social y, por ende, socio-laboral. Por supuesto, hay que advertir de que no se propone aquí conocer con exhaustividad qué enfoque asume mayoritariamente la autonomía colectiva normativa en esta relevante cuestión social, todavía centrada excesivamente en la vertiente disciplinaria (94% de los convenios analizados), en coherencia con la evidenciada opción legal, cuanto, sobre todo, espigar o seleccionar de aquella las cláusulas convencionales que abren una mayor y mejor expectativa de tratamiento innovador, más eficaz, eficiente y equitativo, del consumo y adicción a determinadas sustancias en los ambientes de trabajo (6%). Por tanto, hemos preferido ofrecer un enfoque claramente cualitativo. Para ello, se han elegido dos muestras estadísticas, una estatal –BOE (168 convenios hasta diciembre de 2015)–, y otra autonómica –BOJA; años 2013 y 2014–.

En ambos casos, el criterio ordenador que permitiría encuadrar toda la tipología bien puede ser el siguiente para abarcar la más amplia diversidad tipológica hallada. A saber:

- a) Tratamiento expreso y diferenciado: Cláusulas que abordan cualquiera de los aspectos de la embriaguez, toxicomanía, drogodependencia, alcohol, alcoholismo, fumar, tabaco o intoxicación por estupefacientes.
- b) Tratamiento disciplinario: Códigos de conducta convencionales que incluyan infracciones y sanciones relativas a dichos términos.

¹¹ Para un análisis de esta «buena práctica» de gestión integral *vid.* AA. VV. (Molina, C. y Miñarro, M. *et al.*), *Drogodependencias...*, *op. cit.*, págs. 94 y ss. También en MUTUA NAVARRA: *El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar*, 2011, disponible *on line*.

- c) Tratamiento preventivo.
- d) Tratamiento de acción social: Medidas de promoción o fomento de una atención más asistencias por las empresas respecto a estos contenidos.

Ciertamente, no vamos a ocultar que la opción por un análisis cualitativo frente a otro cuantitativo obedece también a la constatación, conviene insistir, a fin de que no haya una imagen desviada de la «realidad convencional», aunque aquí optemos por destacar otra parte más evolutiva y de «diversidad evolutiva convencional» –prevención; acción social; gestión integral–, en el primado del aspecto disciplinario-sancionador: el 94%, frente al reducido número de cláusulas preventivas (5%) y de acción social (1%). Además, aunque muy diversas pueden ser las situaciones a analizar, los principales términos empleados siguen siendo la *embriaguez* (93%) y la *toxicomanía* (47%), seguido del concepto de *drogas* (34%), ocupándose menos de la acción de fumar (24%), estando casi ausente el de «adicciones sin sustancia» –como la ludopatía, si bien aparece en alguna experiencia aislada–.

Asimismo, también conviene, atendiendo al perfil cualitativo, distinguir, dentro de la lógica tradicional disciplinaria dominante, tradicional perspectiva disciplinaria, los *diversos modos* de hacer el «juicio de reproche socio-laboral» del que se haría acreedor el consumo y, por ende, el consumidor en el entorno laboral. Este difícil juicio valorativo ético-jurídico-social llevará, en el plano técnico-normativo, a fijar, a su vez, *diversas graduaciones de las faltas*. El criterio de graduación se sitúa en (1) la frecuencia del consumo o (2) efectos negativos en el trabajo. Al respecto, se confirma la extrema «dependencia inercial» del convenio respecto del texto legislativo, aunque a veces las cláusulas convencionales lo amplían notablemente, hasta incluir prohibiciones de consumos no solo episódicos u ocasionales sino también extralaborales (si puede afectar negativamente la imagen de la empresa –por llevar el uniforme de la misma, en su caso–), lo que debería llevar a una reflexión correctora de futuro a la unidad de negociación, a fin de no incrementar el «perfil disciplinario» de una materia que es, y no puede ser de otro modo, eminentemente «sanitaria»¹².

No obstante, con carácter general, se atiende a la drogodependencia (toxicomanía) o embriaguez habitual evidenciada durante el trabajo, calificándose en la mayor parte de los casos como falta muy grave –86%–, si bien hay un porcentaje minoritario que los tipifica también como falta grave (14%). En menor medida aparecen los consumos no habituales, tratados como falta leve (14%) o grave (9%). Ciertamente, por su relevancia para los trabajadores afectados, y también para la gestión de la empresa, sería una buena práctica convencional delimitar con alguna precisión la distinción entre ambas situaciones –consumos episódicos y consumos habituales (los realmente problemáticos)–. Sin embargo, no es frecuente que así se haga. Al contrario, únicamente hemos encontrado un convenio colectivo que determina qué se entiende por un comportamiento habitual o

¹² En este sentido *vid.* AA. VV. (Molina, C. y Miñarro, M. *et al.*), *Drogodependencias...*, *op. cit.*, págs. 60 y ss.

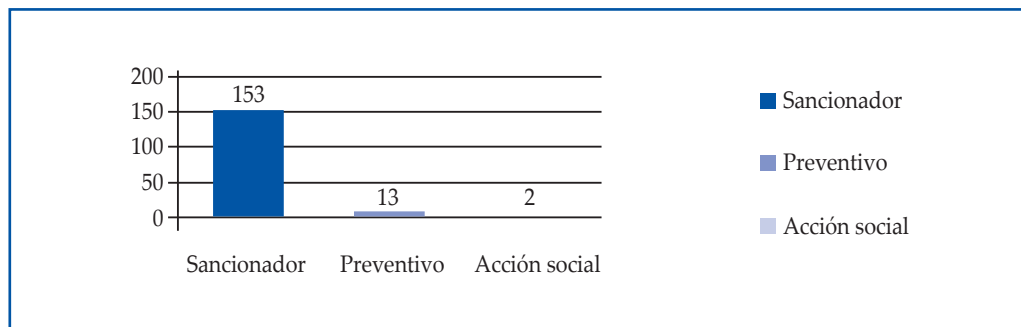
no, y no lo hace con criterios médicos, sino puramente formales: «se entenderá que la embriaguez es habitual cuando hayan mediado previamente dos apercibimientos escritos por la misma causa».

Llamativamente, la existencia de un marco legislativo específico no impulsó una acción convencional disciplinaria respecto del consumo de tabaco en el ámbito laboral, pues escasas son las muestras de convenios colectivos con referencias a la prohibición del consumo de tabaco. Escasas no significa ausencia, pues sí hay un número relativamente significativo que la incluye. Ahora bien, cuando así proceden, suele sancionarse la simple acción de fumar en los centro de trabajo (28%), bastando la mera contravención de la prohibición de fumar o de la normativa relativa al consumo de tabaco durante la prestación del trabajo.

2.1.3. La tipología de la diversidad de tratamientos dentro de la (breve) muestra innovadora en gestión de las drogodependencias en el ámbito laboral

A pesar de esta contundente realidad estadística de una nueva ausencia convencional de «vía de progreso» generalizada o extendida, en el plano cualitativo no podemos dejar de llamar la atención, este es nuestro principal interés, sobre la emersión de nuevas unidades de negociación colectiva que se suman para engrosar las filas de los tratamientos preventivo o asistenciales frente a las adicciones con sustancia. Así sucede en 15 de los convenios (figura 1):

Figura 1. Convenios colectivos de ámbito estatal



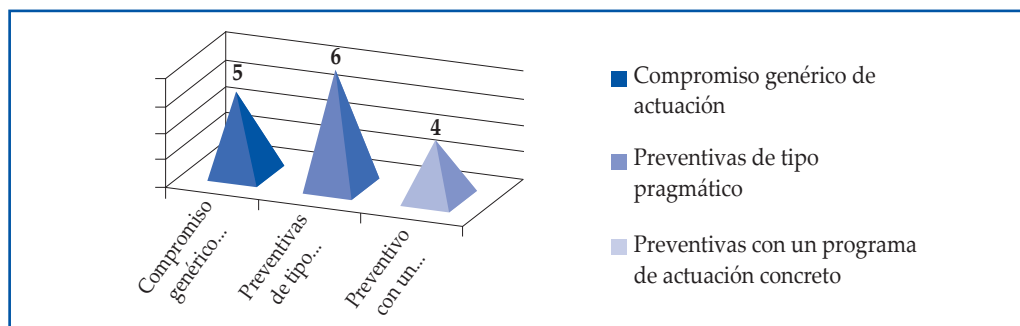
Como en el enfoque disciplinario, todavía prevalente, también en el nuevo normalizador de su dimensión sanitaria, embrionario, cabe distinguir una remarcada diversidad de trato. Al respecto, cabe registrar hasta tres tipos de convenios en atención al grado de concreción del compromiso alcanzado en la unidad para la gestión desde este prisma moderno o innovador. A saber (véase figura 2):

1. Los que formalizan un mero «reconocimiento socio-político» del problema, limitándose a una llamada a la concienciación socio-laboral sobre él y a promover la

oportunidad de actuar, pero sin ir más allá de los puros *compromisos genéricos* o de las remisiones a acciones de futuro. Naturalmente, excepcionalmente, tratándose de laudo arbitral de equidad estaría justificado que ese compromiso se formule así de genéricamente, justificándose por la conveniencia de dejarlo a las partes. Un ejemplo es el artículo 9.2 del [Laudo arbitral para oficinas de farmacia](#) (BOE de 8 de mayo de 2014), según el cual, entre las funciones del Observatorio del Sector de Oficinas de Farmacia, estará la de elaborar un estudio sobre la situación en él y del sector de oficinas de farmacia y, a resultados del mismo, un Protocolo de Actuación sobre «Alcoholismo y Drogadicción».

2. Los que formalizan su compromiso en términos de cláusula *preventiva normativa, que diseña un marco de acción practicable, aunque todavía programático*. En estos casos, junto a la declaración genérica, aparecen unos *mandatos concretos de crear ambientes laborales proactivos* (esto es, para prevenir comportamientos de consumo, asistir, rehabilitar y reinsertar). Es el caso, por ejemplo, del vigente Convenio Colectivo del [Grupo REPSOL](#) (art. 48), o el de [General Motors](#) (art. 30); o de [FORD España](#), o [III CC Groundforce](#)). Con creciente frecuencia, el convenio –más si es de sector, pero también si lo es de empresa, incluso grande– remite a la elaboración de un protocolo específico ([CC de RTVE](#)).
3. Las cláusulas *preventivas con un plan de actuación concreta y predeterminada*. En esta dirección máximamente positiva y normalizadora de la gestión preventiva, es común que el Comité de Seguridad y Salud adopte un rol crucial en la prevención del consumo de drogas legales e ilegales en el entorno de trabajo. Sería el caso, por ejemplo, del [Convenio Colectivo de Estiba Portuaria](#) (disp. adic. sexta); o de la empresa [EASYET Handling Spain](#) (anexo III); o mucho más recientemente del [VI Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes](#). En este caso, el artículo 30 incluye, como competencia propia del *Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo*, promover «un plan de gestión integral del riesgo de drogodependencias», que será de aplicación, precisa, «con efecto a la entrada en vigor del presente convenio».

Figura 2. Convenios estatales con cláusulas preventivas



Por supuesto, este último tipo de convenios colectivos –con compromisos concretos y completos– cuentan con algunos antecedentes muy relevantes en nuestro país. Así, y dejando de lado el conocido precedente de RENFE –cuyas profundas transformaciones organizativas no han ido acompañadas de una verdadera racionalización de su regulación convencional en esta materia, hoy dispersa a lo largo y ancho de diversos convenios y normativa laboral–, merece la pena destacar el [Convenio Colectivo de la empresa Moderropa](#) (hoy KIABI España), 2007-2010. Su artículo 41 no solo enmarca la política de lucha contra las drogodependencias dentro de la acción de promoción de la salud laboral, sino que contiene un programa de gestión integral. Así, su presupuesto regulador será el concienciarse sobre una comprensión del «consumo de drogas» como conjunto de problemas de salud con repercusiones individuales y colectivas. Más aún. El convenio no dudará en vincular la incidencia de este riesgo con circunstancias de carácter socio-laboral:

«... El inicio o incremento del consumo de drogas (fundamentalmente alcohol y tabaco) en el medio laboral viene en muchos casos determinado por condiciones de paro, precariedad o malas condiciones de trabajo. De ahí que se estime conveniente incluir en este Convenio el siguiente plan integral...».

El carácter integral del plan afectaría a las siguientes facetas: preventiva, asistencial, reinsertiva, participativa, no sancionadora, voluntaria y planificada. Brevemente las delimita, siguiendo un planteamiento que luego ha sido prácticamente transpuesto o emulado por los convenios colectivos más recientes, incluso de sector, que recogen programas análogos. Así:

- a) *Preventiva*: Se pondrán en práctica medidas educativas, informativas y formativas (que motiven la reducción y el uso inadecuado de drogas y promuevan hábitos saludables). Asimismo, se potenciará la modificación de factores de riesgo y la mejora de las condiciones de trabajo.
- b) *Asistencial y voluntaria*: Se facilitará tratamiento a aquellos trabajadores que lo soliciten voluntariamente. A tal efecto, se realizarán y aplicarán programas de asistencia específicos por los servicios de prevención.
- c) *Reinsertiva*: El objetivo fundamental de toda acción es devolver la salud al sujeto y facilitar la reincorporación del trabajador a su puesto de trabajo.
- d) *No sancionadora*: El hecho de que un trabajador decida acogerse a un programa de tratamiento de deshabituación llevará aparejado la concesión de una excedencia extraordinaria especial, sin necesidad de acreditar antigüedad alguna ni el carácter indefinido del contrato, y se le asegurará su reincorporación inmediata a su puesto de trabajo al término del tratamiento, sin perjuicio de las sanciones que pudieran derivarse de otras faltas disciplinarias.
- e) *Participativa*: Toda iniciativa empresarial relacionada con la salud laboral y/o drogodependencias será consultada, con carácter previo, a los representantes de los trabajadores o en su defecto a los trabajadores.

Como cláusula de cierre del plan, se introduce una norma típica de Derecho reflexivo (TEUBNER), atribuyendo una norma de competencia para garantizar que no se trata tan solo de compromisos píos. Así, será la «Comisión Sectorial de Seguridad y Salud» la encargada de concretar las medidas «expuestas en un programa de actuación que será de aplicación con efecto primer trimestre dentro del año 2007». El artículo 43 del [Convenio Colectivo de la empresa KIABI España KSCE, S.A.](#) (nombre comercial KIABI, sucesora de la anterior) reproduce esa regulación, salvo la remisión a la comisión sectorial, pues es de suponer que en 2007 se puso en marcha aquel plan y hoy está en vigor, siendo competencia de los comités de Seguridad y Salud en el Trabajo –de centro e intercentros, pues está previsto también este órgano de segundo grado, aquí no solo de representación sino de participación técnico-preventiva para esta materia–. Es bastante interesante la regulación que hace en el ámbito disciplinario de esta materia.

Naturalmente, un sillar no hace edificio. De nuevo conviene advertir, para mantener siempre viva la conexión con la obligada dosis de realismo jurídico-convencional y social, que esta dimensión preventiva concreta, en los pocos casos que aparece, dentro de la muy escasa muestra de diversidad innovadora, no suele vincularse a la prevención de riesgos laborales.

Su asociación lo es, claramente, con la «promoción de la salud en el trabajo», e incluso de la «seguridad de la empresa». De ahí que quede fuera esta cuestión, habitualmente, de la evaluación de riesgos en sentido estricto.

Asimismo, echamos en falta un tratamiento más sistemático y generalizado de la interacción entre las dos lógicas más generalizadas de tratamiento: la disciplinaria y la asistencial. Nos referimos aquí a la gran trascendencia que tiene prever cláusulas que suspendan cualquier procedimiento disciplinario emprendido contra conductas de consumo problemático en los lugares de trabajo si, al tiempo, se asume la primacía de una acción asistencial sanitaria, aunque esta sea remitida a las instituciones competentes, en todo caso al margen de cualquier acción social de la empresa. Por eso, son muy saludables las cláusulas convencionales que así lo hacen, dentro –como sucede en alguna ocasión– o no –la mayoría– de un plan de gestión integral del problema. Este tipo de cláusulas suele ser más frecuente en los convenios de las empresas que en los convenios de sector.

En estos supuestos, se prevé como «excepción a la aplicación del régimen sancionador» esta medida de acción asistencial, de forma que, abierto el procedimiento disciplinario, quedará en suspenso este, o la sanción alcanzada, si acepta sujetarse a esos programas de rehabilitación. Tales tratamientos presuponen, pues, en todo caso, la voluntariedad del trabajador. Por citar algunas experiencias recientes, destacamos el artículo 66 del [convenio colectivo de Easyjet](#).

«Artículo 66. *Excepción al régimen sancionador.*

En los supuestos incluidos en los puntos 21 y 22 de las faltas graves, y 25 de las faltas muy graves y siempre que el/la trabajador/a manifieste su condición de alcohólico o drogodependiente y demuestre documentalmente no solo su predisposición

a iniciar un tratamiento de su enfermedad, sino la realización del mismo, durante el tiempo que fuese necesario, se suspenderá la efectividad de las sanciones que determina este régimen disciplinario para los mencionados supuestos, *en tanto en cuanto no vuelvan a reproducirse*».

En este caso no se precisa cuál es la situación en que queda el trabajador mientras tanto, aunque la incorporación de un programa completo de acción en su anexo III permite su identificación. En otros casos, en los que, sin embargo, no hay compromiso alguno por parte de los interlocutores sociales de implicar a la empresa en los programas de gestión preventiva o asistencia de las drogodependencias, sí se precisa de forma específica en qué situación quedaría el trabajador en caso de ser sometido a un procedimiento disciplinario.

Así, el artículo 27 del [Convenio colectivo de la empresa cooperativa de distribución de productos de alimentación COVIRÁN](#), que se incluye no dentro del capítulo de «condiciones sociales» (VIII), sino de Seguridad y Salud en el Trabajo (capítulo VII), prevé una excedencia con reserva de puesto de trabajo de un año: «En los casos de embriaguez y/o drogodependencias habituales manifestadas en jornada laboral y en su puesto de trabajo, *la sanción que pudiera corresponder al trabajador por esta infracción, no se llevará a efecto si el trabajador voluntariamente decide someterse a rehabilitación bajo dirección facultativa, habilitándose a tal efecto una excedencia con reserva de puesto de trabajo de un año, ampliable hasta dos años si la misma fuese necesaria para la curación conforme a la certificación de una institución competente en la materia. La Dirección de la cooperativa, a través de su servicio médico, podrá seguir la evolución del tratamiento, quedando sin efecto lo aquí dispuesto en caso de que el trabajador no siguiese el tratamiento que le hubieren prescrito*».

Vemos, pues, cómo la empresa externaliza esta cuestión, asociándola a una institución competente –se entiende que socio-sanitaria y asistencial, sea pública, como es lo más habitual, o concertada–. No obstante, no se desvincula por completo, si bien aquí ya no hay un compromiso concreto, preciso, sino más programático, obligacional, no normativo, pues en el párrafo segundo de ese precepto aparece el compromiso de que la empresa asuma la firma de «convenios» con «organizaciones no gubernamentales para facilitar la formación relacionada con la toxicomanía y drogodependencia». Consecuentemente, se trata de una acción social y voluntaria, desligada de la acción preventiva de riesgos propiamente, no obstante la ubicación.

Con ser este tipo de «cláusulas de suspensión-exención disciplinaria» o, en algún grado, de una cierta «salvaguardia de la estabilidad en el empleo», reconociendo beneficios sociales y laborales que faciliten estos tratamientos de reintegración social y laboral (permisos, licencias, excedencias con reserva de puesto), *rara avis*, escasas, prácticamente inexistente –no hemos hallado ni uno solo en ninguna de las muestras convencionales estudiadas, ni la estatal, aquí analizada, ni en la autonómica (andaluza), que veremos después– es la extensión de este tipo de beneficios cuando en juego puede estar la seguridad vial. En efecto, bien conocido es que un significativo número de convenios colectivos prevé garantías de conservación del empleo, sino del mismo puesto durante el tiempo de privación, cuando se pierde el carné de conducir, siendo este necesario, claro está, para

la actividad productiva. Pues bien, este beneficio socio-laboral se excluye de forma generalizada para las personas afectadas por consumos adictivos a sustancias psicoactivas que, en consecuencia, carecerían de protección frente a la pérdida del carné de conducir durante la jornada laboral.

En efecto, estos derechos de garantía de la estabilidad en el empleo dejan de aplicarse cuando la suspensión del permiso de conducir, necesario para la actividad profesional –muy en especial para los conductores–, se debe al consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas. Si es particularmente llamativo este proceder convencional excluyente es no solo porque supone una regulación absolutamente ajena a la condición de enfermedad que tiene reconocido este tipo de consumos cuando son habituales, con lo que contrastaría con otros enfoques referidos, sino porque, paradójicamente, suelen incluirse –aunque existe una extremada heterogeneidad– en capítulos relativos a «mejoras sociales», el tercer gran grupo de materias –el primero es el disciplinario (prevalente); el segundo el preventivo (minoritario)– en que suelen aparecer, a menudo dispersos (en todo caso residualmente), los tratamientos de las drogodependencias y demás adicciones con sustancias en los ambientes de trabajo¹³.

2.2. EL LENTO CAMINAR HACIA LA GESTIÓN CONVENCIONAL COLECTIVA DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LOS LUGARES DE TRABAJO: ¿SE CONFIRMA EN LA EXPERIENCIA AUTONÓMICA?

2.2.1. Aproximación general: A mayor prevalencia disciplinaria de la gestión del consumo de drogas, menor muestra de diversidad convencional innovadora

Dejando de lado la vidriosa cuestión de los «marcos convencionales autonómicos» de relaciones de trabajo, aspiración promovida en diferentes territorios del Estado español, creo que tiene algún interés tratar de verificar si la evolución precedente se confirma en espacios de negociación autonómica. Ya se hizo referencia al acuerdo social específico de Cataluña. Ahora pretendemos hacer una presentación, sucinta, pero espero que ilustrativa, de otra, la de Andalucía. Aunque de todos es conocido que su Estatuto es, junto al de Cataluña (al que emula en gran medida), el que más apostó por promover un espacio andaluz de relaciones laborales, sin tensión alguna con el estatal¹⁴, a diferencia de aquel, la opción expositiva, analítica y crítica aquí elegida nada tiene que ver con reivindicación alguna del «hecho laboral diferencial autonómico», legítima, incluso razonable, sí, pero que en este estudio está ausente totalmente.

¹³ Puede apreciarse ya este cierto contrasentido en el *Manual de Drogodependencias y adicciones. Prevención en el ámbito laboral*, UGT-CEC, 2012, pág. 44.

¹⁴ Un análisis muy interesante de estas cuestiones, en los albores mismos de los Estatutos de Autonomía llamados de «segunda generación», puede encontrarse en las atinadas reflexiones de profesores como Eduardo Rojo Torrecilla, José Luis Monereo Pérez y Cristóbal Molina Navarrete e incorporadas al libro colectivo AA. VV., Molina Navarrete, C. (dir.): *La dimensión socio-laboral de los nuevos Estatutos de Autonomía*, Sevilla: CARL, 2007.

Aquí, una vez analizado el marco estatal, solo pretendemos ofrecer el balance de una experiencia convencional más, nutrida, eso sí, por la importancia que tiene cuantitativamente la negociación colectiva en la comunidad más poblada de España, claro. En todo caso, tampoco conviene exacerbar cualquier expectativa de contraste, pues, como vamos a ver de inmediato, las conclusiones a extraer son equivalentes a la experiencia estatal, como no podía ser de otro modo, si acaso, un poco más decepcionantes, por estar presente la diversidad innovadora de gestión preventiva de los consumos problemáticos todavía en menos muestra convencional. En efecto, apenas están en 5 de los 204 convenios colectivos analizados, lo que los hace porcentualmente todavía menos relevantes.

Pero también en el plano cualitativo, el que aquí se ha seleccionado, como ya se explicó, ofrece una menor gama de matices o de «grises» (o si se quiere, de paleta de «colores») a la hora de llevar a cabo este tratamiento, lo que, sin duda, constituye un aspecto criticable por afectar a garantías de derechos profesionales y personales básicos¹⁵. Curiosamente, mayor impacto encuentra aquí, evidenciando una proyección mayor del cambio legislativo a partir del año 2006, *la prohibición-sanción del consumo de tabaco*, pues estará presente en 34 convenios colectivos (16,6% del total de los revisados).

También se detecta que no siempre que se menciona la embriaguez se hace referencia a la toxicomanía. Consecuentemente, parece también constatar una mayor incidencia y, por lo tanto, preocupación por la problemática relacionada con el alcohol.

Deslizándonos ya al plano cualitativo, donde cabría hacer algunas consideraciones de más relieve, hallaremos, de un lado, mayor heterogeneidad si cabe que en la estatal para la regulación de tipo disciplinaria dentro del ámbito autonómico. Quizás sea reseñable un menor cuidado a la debida distinción graduadora, pues, sin la necesaria precisión, exigida legalmente, se castigan tanto los consumos episódicos como los propiamente adictivos, en especial en relación con el alcohol, más que otras sustancias. Por tanto, se castiga el mero consumo, incluso ocasional, en un número significativo de supuestos –al menos en nueve convenios–. Ciertamente el **artículo 54.2 f) del ET** permite esa graduación, pues delimita el tipo de la máxima infracción, pero no deja de ser un contrasentido que se intensifique la dimensión represiva de la legislación en un ámbito, el convenio, que debería propiciar un tratamiento más coherente, y equilibrado, que tenga en cuenta la dimensión normalizada de sujeto enfermo que caracterizaría al trabajador de consumos problemáticos, adictivos, y no ya de «sujeto responsable de sus vicios», merecedor de reproche ético-social, además de jurídico-laboral.

De otro, la todavía más llamativa ausencia de referencia preventiva a la cuestión del riesgo de consumos adictivos o abusivos discurre de la mano de la recurrente parquedad del contenido

¹⁵ La muestra se integra por 204 convenios colectivos, publicados en el BOJA y en diversos boletines oficiales de las provincias, entre 2011-2013 y hoy vigentes. Vid. CARL: <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/carl/textosConvenios/presentacion.asp>

convencional en materia de seguridad y salud en el trabajo, al menos con carácter general y eso que, desde un plano cuantitativo, este tipo de cláusulas crecieron de una manera exponencial, situándose en más del 90% de los convenios analizados. Por lo tanto, aquí el contraste entre las diversas direcciones de política institucional es mucho mayor, pues el crecimiento exponencial de las cláusulas preventivas en el marco de la LPRL apenas tiene incidencia apreciable alguna en la capacidad de renovar profundamente los contenidos e ir más allá de la lógica tradicional. Finalmente, análogas deficiencias halladas en la muestra estatal, como el incorporar tanto el tratamiento asistencial o rehabilitador con el disciplinario sin incluir una cláusula o fórmula específica de conciliación o armonización, la encontramos todavía mucho más marcada en la muestra autonómica revisada.

En suma, *la muestra de convenios autonómica agrava la percepción negativa que los trabajadores evidenciaban, al respecto, en la Encuesta EDADES*. Al contrario, la atención parece centrarse en las garantías de seguridad de la empresa (prohibición de fumar en el CC PET, S.A.U, BOP de Cádiz), disciplina (art. 48 CC Escayesos, S.L., BOP de Jaén; Monsecor, BOP de Córdoba), atención al público (CC Mancomunidad de Servicios «La Vega», BOP de Sevilla), o, en suma, el buen nombre-imagen de la empresa, incluso fuera de servicio, si se viste el uniforme (ejemplo: art. 42.13 CC empresa Real Club de Golf «Las Brisas», BOP de Málaga).

Lejos quedarían, pues, las razones de protección de la salud del trabajador o de tutela de la seguridad o estabilidad en el empleo. Así lo acreditaría también el que aquí brillen por su ausencia los beneficios sociales en caso de suspensión del carné por puntos, excluyendo garantías de recolocación/readaptación temporal del trabajador, sumando a la sanción de tipo administrativo –pública– la laboral, afianzado la responsabilidad del individuo como sujeto no enfermo sino culpable de una conducta viciosa y peligrosa para la sociedad –reproche ético y social ya referido más arriba e inherente a la tradición legislativa de esta materia¹⁶.

Podría argumentarse que los contenidos preventivos en materia de drogas y demás adicciones no se recogen en convenios, sino en otra modalidad más informal de negociación colectiva, los acuerdos específicos, especialmente en el seno de las empresas, de mayores dimensiones, sobre la materia. Y así se ha constatado en diferentes experiencias de empresas grandes en el ámbito estatal, como se indicó. Sin embargo, no parece que tampoco por esa vía se difunda esta dimen-

¹⁶ En esas medidas se excluyen los supuestos de conducción «bajo los efectos de drogas, sustancias alucinógenas o estupefacientes» (art. 58 CC estatal de Grúas móviles y autopropulsadas de 28 de marzo de 2007; art. 46 CC de Cia. Logística Alcotral de 20 junio de 2007 –BOE de 11 de julio–; art. 31 CC de Decaux España, S.L.U., de 14 de mayo de 2007; art. 42 CC de Mobiliario Urbano, S.L.U., de 21 de febrero de 2007, BOE de 8 de marzo; art. 21 CC de Herederos de José Castillo, S.L., BOP de Jaén de 11 de noviembre de 2011; art. 29 CC de la Mancomunidad de servicios «La Vega», BOP de Sevilla de 18 de octubre de 2012; art. 36 CC del Transporte por carretera, BOP de Huelva de 11 de diciembre de 2013; art. 36 CC de las empresas de alimentación de la provincia de Huelva, BOP de 30 de agosto de 2012; art. 21 CC de Aguas de Lanjarón, BOP de Granada de 2 de mayo de 2012). Las fórmulas pueden variar, pero la exclusión es la tónica dominante (a veces se evidencia que la empresa no se «hará cargo de los cursos de recuperación pertinentes», según el art. 12.1 IV CC de la Compañía levantina de bebidas gaseosas).

sión preventiva, en la medida en que la mayor parte de los convenios no hacen llamada alguna a esa regulación, de un modo u otro, o incluso a protocolos específicos, como vimos en el ámbito estatal, sino que se contentan con remitir al [artículo 54.2 f\) del ET](#). Además, como se ha evidenciado, coinciden con convenios de débil contenido innovador.

2.2.2. No todo es «tradicionalismo», también hay, *rara avis*, cláusulas innovadoras

Pero no hemos elegido esta experiencia convencional solo para insistir en una crítica ya muy conocida, si bien cada vez resulta menos comprensible por la evolución del referido marco de acción político-institucional, profundamente renovado, como se ha recordado. En este ámbito de negociación también encontramos algunas prácticas ilusionantes y que abren espacios de esperanza a una futura renovación mayor, al hilo del referido [III AENC](#). Así, en primer lugar, no faltan las experiencias convencionales que sí cuidan, con mayor o menor precisión técnica y eficacia práctica, de asegurar una conexión mínima entre ambos planos –el disciplinario y el asistencial o rehabilitador–.

Conviene advertir, una vez más, que no tienen que entenderse como contradictorios u opuestos, por sí mismos, los tratamientos disciplinarios, como facultad legal, con los asistenciales, como opción abierta, pues es evidente que este tipo de actitudes y conductas provoca un riesgo y, en muchos casos, daños para las empresas, además de a las personas. Ahora bien, la clave está en introducir un régimen convencional de gestión integral que permita conciliar uno y otro, dando prevalencia, como es natural, al más favorable a la promoción no solo de la salud, sino también de la estabilidad en el empleo, siempre dentro de un marco de acción razonable. En tales supuestos, la constatación del seguimiento de un tratamiento médico lleva a excluir la apertura, o la conclusión con sanción, del procedimiento disciplinario [ejemplo: art. 55 CC de la empresa [LIPASAN, S.A.](#), BOP de Sevilla; art. 32.1 o) [CC del Ayuntamiento del Valle de Abadalajís](#), BOP de Málaga]¹⁷.

Sí es de lamentar que en la mayoría de esas experiencias, el convenio colectivo no fija, como ya se destacó críticamente en la muestra estatal, papel alguno para las empresas que se incluyen en su ámbito, ni siquiera el de información o canalización, que sería un compromiso mínimo a asumir (deber de cooperación con la solución mediante la transparencia informativa). En otros casos, sí que hallamos un mínimo compromiso al respecto por parte empresarial urgido por el convenio, de modo que la empresa sí está obligada a implicarse en la facilitación del tratamiento asistencial. En estos casos, el convenio colectivo, sin embargo, solo asegura la reincorporación –garantía de seguridad en el empleo– si queda acreditada la *recuperación*, sin que la *recaída*, en

¹⁷ Vid. punto IX.8 del [CC de X CEPSA Química, S.A.](#), BOP de Cádiz de 25 de abril de 2012. En el mismo sentido el [CC de CEPSA Química, S.A., Fábrica de Puente Mayorga](#), BOP de Cádiz de 24 de abril de 2012.

ciertas condiciones, forme parte del proceso, sino que se convierte en condición necesaria ([CC de la Limpieza de Edificios y Locales de Jaén y provincia](#)).

Pero, como es conocido para quienes se dedican a la acción asistencial recuperadora de estos grupos de personas-trabajadores especialmente vulnerables, los procesos de rehabilitación incluyen, con frecuencia, un buen número de recaídas, por lo que los convenios colectivos deben atender a esta realidad y no exigir que la evolución del trabajador en rehabilitación sea lineal y no halle obstáculos en el camino, esto es, caídas, vuelos, recaídas y remontadas, todo ello, claro está, dentro de un periodo de tiempo razonable. En suma, los convenios colectivos deben prever una suerte de «segunda oportunidad» para estos casos, ante la complejidad de los procesos de rehabilitación psicosocial ínsitos en estas complejas y muy traumáticas experiencias, naturalmente atendiendo a las circunstancias del caso¹⁸.

En segundo lugar, tampoco están ausentes las cláusulas convencionales que cuidan de que los consumos de drogas no sean un riesgo para el trabajador o para otras personas, hasta sancionar solo estados de intoxicación o influencia por consumos que entrañen tal riesgo a terceros ([Ayuntamiento de Pozoblanco](#), BOP de Córdoba). En tercer lugar, pese a su escasez, tampoco están completamente ausentes los convenios que incluyen una cláusula de remisión a ciertas instituciones de gestión participativa especializada en materia preventiva –Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo u otro órgano de prevención *ad hoc* para el establecimiento de un programa más completo de actuación–¹⁹.

En suma, vías de progreso análogas a las vistas para la muestra estatal –que también afecta a esta comunidad, claro está–, pero que, a lo que se ve, por el menor porcentaje de experiencias innovadoras, pese al mayor número de muestras convencionales, empiezan a moverse con más lentitud.

3. REFLEXIONES FINALES

Hemos visto cómo, pese a la normativa promocional –la no vinculante– internacional, la de la OIT (1996) sobre las adicciones, y a la recepción en el marco de planificación política e

¹⁸ Incluso, son muchos los estudiosos que ponen de relieve la necesidad de contemplar estos procesos, muy complejos, como fases sucesivas, y con objetivos distintos, no necesariamente de liberación de la dependencia, pero sí, en todo caso, de la «reducción de los daños» más relevantes. *Vid.* FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J. A. y TOURIÑO-GONZÁLEZ, R.: «Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial», *Revista Rehabilitación Psicosocial*, 2006, pág. 16.

¹⁹ *Vid.* Artículo 66 del [CC Lipasam, S.A.](#), BOP de Sevilla de 18 de diciembre de 2012, que tiene la virtualidad de hacer referencia a algunas adicciones más de las habituales, pues incluye junto a las drogas y el alcohol, la ludopatía. De otro lado es consciente de la extensión de las acciones a todas las fases: «concienciación, preventivas, asistenciales y rehabilitadoras» sin decir la forma de hacerlo.

institucional del plan de acción contra ellas de la orientación doctrinal prevalente, aquella que hace de las drogodependencias una enfermedad normalizada en la actual vida social, a tratar como tal, se mantiene una legislación estatal, una práctica convencional prevalente y unas políticas públicas sectoriales contradictorias, que no ayudan a impulsar los necesarios cambios cualitativos, la adopción de medidas y planes de intervención de forma generalizada. En una ya muy dilatada historia de cambios continuos del marco estatutario de las relaciones de trabajo, que en breve está destinada a conocer otra vicisitud del género, aunque todavía no se sepa bien su signo, por la incertidumbre política, en el aspecto aquí tratado sí es cierto que se ha mantenido sin variación alguna. Y eso significa que se ha perpetuado una legislación estatutaria equivalente –el ET le añadió, conviene advertirlo, la muy importante restricción de la necesidad de que el consumo incidiese negativamente en el rendimiento laboral, no penalizándose, al menos como falta grave, el mero consumo, objeto de decisión individual, lo que reduce notablemente la carga moralina originaria–, a la que se introduce en los albores de la Dictadura franquista (Ley de Jefatura del Estado de 6 de noviembre de 1941) con «un notable afán moralizante»²⁰ y valoración viciosa de la conducta. Redacción que no ayuda a una visión acertada y completa de un fenómeno complejo sino que mantiene la ambivalencia y los comportamientos dominados por la inercia.

En este tiempo, la doctrina científica, desde los más diversos ámbitos del saber, que han de implicarse e interactuar para comprender esa complejidad y buscar soluciones aptas, para la salud de las personas y también para las de las empresas, y de la sociedad en su conjunto, sin duda alguna, ha ido acumulando evidencias sobre la necesidad de un cambio radical de enfoque. Evidencias institucionalizadas, como se ha dicho, en la Estrategia Nacional.

Pero también en las acciones desarrolladas en las diferentes comunidades autónomas. En todas ellas, se ha puesto de relieve la necesidad de afrontar esa vertiente integral primando la prevención y, a tales efectos, una vez más, el Diálogo Social y, después, la microconcertación, esto es, la acción conjunta dentro de las diferentes empresas, no solo de las más grandes, se convierte en una vía de progreso ineludible para aspirar a una gestión eficaz, esto es, equitativa para las personas que sufren estos problemas y eficiente para las empresas –las experiencias con las que contamos hoy ponen de manifiesto que la prevención tiene efectos positivos en la cuenta de resultados, esto es, mejora la productividad (ejemplo, FCC)–. En algunos casos, como se ha señalado también, incluso se formaliza en sus leyes de Salud Pública.

Sin embargo, la legislación laboral se resiste al cambio. El discurso institucional lleva a insertar de manera «natural» en la planificación general de la prevención de riesgos, desde la perspectiva de seguridad integral promovida por la LPRL, en planes específicos de promoción de la salud laboral, el riesgo de consumos adictivos problemáticos –aquellos que generan una dependencia–. Pero la realidad es más tozuda. No obstante, la negociación colectiva más reciente,

²⁰ Vid. CISCART BEA, N.: *El despido por embriaguez y toxicomanía*, BOCH, pág. 21, 1998.

con importantes, aunque episódicos, ejemplos precedentes (algunos se remontan en el tiempo, a 1996, por influencia de la normativa promocional de la OIT, o incluso, algo más cercanos en el tiempo, a 2002, con el acuerdo de concertación social concreto catalán), parece que ha asumido el compromiso establecido, con carácter general, en el III AENC.

Ciertamente, no le es fácil a la negociación colectiva liberarse de tan pesada inercia, que hace que siga predominando el tratamiento represivo o sancionador en sus cláusulas, de modo que las drogodependencias, en sus diversas modalidades, más unas que otras, forman una pieza fundamental del «Código de buena Conducta de la Empresa». El reproche moral sigue presente. A veces, incluso se intensifica el tratamiento represivo legal, porque también se tipifica, bien como falta leve bien como falta grave, el consumo ocasional, retornando a esa originaria regulación preconstitucional. Queda claro que aquí, mucho más que en cualquier otra dimensión de los «riesgos psicosociales» en el trabajo (estrés, violencia laboral), están más presentes los factores externos a la empresa (personales, familiares y sociales), por lo que es más difícil una intervención colectiva. Ahora bien, si se despeja la cuestión del encaje jurídico—como protección preventiva (que rechazan de raíz los empresarios), aunque es afirmada sindicalmente por las evidencias de la mayor prevalencia de consumos atendiendo a ciertas condiciones de trabajo; o, solo como voluntaria promoción de la salud laboral—, parece más fácil hallar el espacio de encuentro y, en consecuencia, aspirar a convertir en frecuentes, si no generalizadas, las experiencias más innovadoras en esta materia, que, como hemos visto, las hay y de ellas bebería el propio Plan de Acción Nacional sobre Drogas—acción 36—.

Hemos visto como las mejores—aunque pocas—prácticas de regulación convencional—se sigan o no de protocolos específicos de acción en cada empresa afectada por su ámbito, si no es de empresa, sino sectorial, claro está—inciden sobre un programa de planificación completa y global para afrontar el alcoholismo y toxicomanías en la empresa. La intervención integral a desarrollar por la empresa ante la problemática de las drogodependencias en un marco de participación y acuerdo entre las partes implicadas debe fundarse en tres pilares, en tres momentos y acciones básicos: la prevención, la acción asistencial y reparadora para el abordaje de los efectos problemáticos del consumo que no se ha podido evitar y el retorno al trabajo. Toda esa actuación para que sea coherente, suficiente y eficiente debe estar *integrada* en el programa general de seguridad y salud en la empresa, resultado de un proceso *consensuado, participado* por trabajadores y representantes, para *todos* los trabajadores de la empresa aunque con capacidad para responder a las *particularidades* en las necesidades de cada trabajador, *gratuito, voluntario, confidencial, garantista* de la permanencia y estabilidad en la empresa y con *flexibilidad* suficiente para adecuarse a las nuevas necesidades²¹.

Finalmente, tampoco hay que olvidar que el objetivo último no es «institucionalizar» al trabajador afectado—o grupo de ellos—mediante su internamiento en programas especializados y

²¹ Vid. MUTUA NAVARRA: *El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. Una realidad que afrontar*, 2011, págs. 61-62.

centros de asistencia, sino que esa acción es puramente instrumental para el fin último, que no es otro que la normalización, la rehabilitación plena del trabajador. De ahí que se precise:

- a) Establecer garantías de seguridad en el empleo (o no desvinculación).
- b) Situar como objetivo final no tanto liberar al trabajador de todo hábito insalubre, sino devolverlo a la vida laboral normalizada.
- c) Asegurar la reincorporación del trabajador al mismo puesto de trabajo incluso antes de finalizar el tratamiento, si fuese conveniente, eliminando la rigidez que, en muchos convenios que lo contemplan, se establece, al exigir un éxito total y solo cuando se garantice su recuperación absoluta.