



Trabajo Fin de Grado

Inmersión en las adicciones y su protagonismo en el mundo laboral

Breve referencia a la Fundación Centro Solidaridad de Zaragoza

Autor/es

Patricia Montolio Vidal

Director/es

Luis Vilas Buendía

Facultad de ciencias sociales y del trabajo

Noviembre, 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO GENERAL	2
1.1 Algunos términos clave	2
Definición de adicción	2
Definición de drogodependencia.....	2
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Adicciones.....	3
2.2 Consumo de drogas.....	3
2.3 Adicciones a las drogas a nivel mundial en la actualidad	4
2.4 Adicciones a las drogas a nivel europeo en la actualidad	6
2.5 Adicciones a las drogas en España en la actualidad	9
2.6 Adicciones a las drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón en la actualidad	12
3. MARCO LEGAL	17
3.1 Leyes sobre drogas a nivel mundial.....	17
3.2 Leyes sobre drogas a nivel Europeo	22
3.3 Leyes sobre drogas en España	25
3.4 Leyes sobre drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón	26
4. MUNDO LABORAL	29
4.1 Adicciones en el mundo laboral	29
4.1.1 Internacional	33
4.1.2 En la union europea	34
4.1.3 Nacional	35
4.1.4 En la Comunidad Autónoma de Aragón	40
5. Fundación Centro Solidaridad de Zaragoza (FCSZ) Proyecto Hombre.....	43
5.1 Introducción.....	43
5.1.1 Historia de la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza	43
5.1.2 Misión, Visión y Valores de la FCSZ	46
5.1.3 Organigrama operativo de la FCSZ.....	47

5.1.4 Programas y centros de Tratamiento de la FCSZ	49
5.2 Marco Laboral FCSZ.....	54
5.3 Plan de prevención de la FCSZ.....	58
5.3.1 Introducción.....	58
5.3.2 Historia del Plan de Prevención	58
5.3.3 El Plan de Prevención en la actualidad	59
6. Conclusiones.....	64
7. REFERENCIAS	65
7.1 Bibliografía.....	65
7.2 Legislación.....	70
7.3 Webgrafía	71
ANEXOS	75
Artículos del Código Penal relacionados con las adicciones	76
Leyes en el ámbito laboral	78
Leyes sobre adicciones y consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón ...	79

INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS E ILUSTRACIONES

1 PREVALENCIA DE CONSUMO DE DIFERENTES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE 2013 EN LA POBLACIÓN GENERAL Y LABORAL EN ESPAÑA	11
2 CONSUMO DE ALCOHOL EN ARAGÓN ENTRE JÓVENES DE 14 A 18 AÑOS	14
3 CONSUMO DE TABACO POR SEXO, MAYORES DE 15 AÑOS Y SEGÚN EL TIPO DE CONSUMO EN ARAGÓN EN 2006.....	15
4 GRADO DE CONSUMO DE DIFERENTES DROGAS EN LOS DISTINTOS SECTORES DE ACTIVIDAD.....	31
5 FACTORES DE RIESGO EN LAS ADICCIONES	32
6 FACTORES DE RIESGO VS FACTORES DE PROTECCIÓN DEL ENTORNO LABORAL.....	40
7 ORGANIGRAMA FCSZ	48
8 VOLUNTARIOS Y TRABAJADORES DENTRO DE LA FCSZ	55
9ACTUACIONES DEL PLAN DE PREVENCIÓN	62

INTRODUCCIÓN

Me decanté por este tema, principalmente, porque es un tema al que no se le da prácticamente nada de importancia pero que afecta a muchas personas en la sociedad. Intentando averiguar información sobre esta materia me di cuenta que no había muchos estudios al respecto y me pareció interesante plantearlo.

En cuanto a que es un contenido muy relevante en la sociedad en la que vivimos, he considerado interesante estudiar como una adicción puede llegar a afectar a una persona en su rendimiento laboral y los problemas que puede ocasionarle.

Una vez inmersa en el estudio encontré una fundación (Fundación Centro Solidaridad Zaragoza) la cual se dedica al tratamiento de personas con adicciones de diferentes tipos (alcohol, drogas e incluso al móvil) y, a la solución de los problemas que este problema causa en las personas dependientes.

En relación al anterior párrafo, es interesante aportar que esta Fundación además de ayudar a la persona afectada, también hace terapia con las familias para así ayudar todos juntos a la persona que tiene el problema.

Dentro del análisis he averiguado que este problema afecta a nivel mundial y a todo tipo de clases sociales sin distinción. Es decir, no va unido a un perfil concreto de persona aunque el consumo sí puede depender del sector laboral en el que nos encontremos, la edad y el sexo.

Para finalizar concluiré con el objetivo principal del trabajo que es obtener información sobre cómo afectan las adicciones al mundo profesional.

1. MARCO GENERAL

Antes de sumergirme en el mundo de las adicciones creo necesario hablar de dos de las definiciones más utilizadas, relacionadas entre sí, que provienen de fuentes suficientemente conocidas: adicción y drogodependencia.

Es necesario explicar que la adicción engloba todo tipo de “cosas”, pues se puede ser adicto tanto a las drogas como a cualquier tipo de actividad; sin embargo, la drogodependencia es una dependencia o adicción exclusivamente a las drogas. Es en este último concepto donde se centrará mi trabajo.

Empezaré desarrollando un análisis del mundo de las adicciones a nivel general enfocándolo más tarde en el mundo laboral.

1.1 Algunos términos clave

Definición de adicción

Según la Real Academia Española el término adicción significa: “Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico” (definición adicción RAE)

La OMS define esta palabra como: “Una enfermedad psíquica 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” (Definición adicción OMS)

Definición de drogodependencia

La Real Academia Española lo denomina como: “Uso habitual de estupefacientes al que el drogadicto no se puede sustraer” (Definición drogodependencia RAE)

La OMS señala que es: “Una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal» (Definición drogodependencia OMS)

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Adicciones

Como he definido anteriormente la OMS¹ (Organización Mundial de la Salud) define las adicciones como: *“Una enfermedad psíquica 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”*

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, pues son muchos los ejemplos de sustancias (beber pócimas, fumar marihuana, utilizar opio para el dolor, mascar hojas de coca...) que a lo largo de la historia y actualmente el hombre ha utilizado y utiliza.

Hoy en día a través de derivados industriales o químicos combinándolas con las anteriormente nombradas dan lugar a las nuevas adicciones. Unas derivadas de sustancias (LSD, cocaína, heroína...) y otras comportamentales, esto quiere decir que no hay sustancia sino que se dan a través de la sociedad tecnológica, éstas pueden ser: adicción a internet, a juegos de azar, al teléfono móvil, al sexo o a las compras, entre otras muchas que pueden llegar a ser adictivas.

Tanto las adicciones derivadas de sustancias como las derivadas de conductas comportamentales tienen una característica en común y central: la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva, además de producirle dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa importante en su vida, le hace no tener control sobre esa conducta. Esto da lugar a que en muchos casos las personas con un problema de adicción busquen ayuda.

2.2 Consumo de drogas

La OMS define consumo de drogas como la “autoadministración de una sustancia psicoactiva”. Existen dos tipos de drogas: las legales (alcohol, tabaco, té, café, y en los últimos años las bebidas energéticas tipo “Red Bull” que también pueden crear adicciones) y las ilegales (cannabis, cocaína, LSD, heroína, etc.) las cuales se han ido

¹ A partir de ahora hare referencia a la Organización Mundial de la Salud como OMS

expandiendo en las últimas décadas. A través de diferentes estudios (encuestas, clínicas...) queda patente que aun los países llamados desarrollados comparten los mismos problemas de drogadicción que el resto de países menos desarrollados.

Este consumo lleva años dándose, pero la forma de ver este problema ha ido variando a lo largo del tiempo.

Digamos que en la década de los años treinta del siglo pasado cuando los científicos estudiaban este fenómeno, pensaban que las personas adictas a las drogas no tenían moral ni fuerza de voluntad. Este punto de vista evolucionó, aunque no a mejor, porque empezaron a tratarlo más como un fracaso moral que como un problema de salud, y como solución se centraron en el castigo y no en la prevención y el tratamiento, como posteriormente se ha visto que hubiera sido parte de la solución.

Actualmente, y gracias a la ciencia, tanto nuestro punto de vista como nuestra respuesta ante las adicciones se han modificado. La consecuencia de los innovadores estudios realizados sobre el cerebro ha hecho que nuestra comprensión de lo que es el consumo compulsivo de drogas cambie, lo que nos permite abordar el problema con mayor eficacia.

Como resultado de estas investigaciones sabemos que la adicción es una enfermedad que afecta al cerebro y a la conducta, además, se han identificado muchos factores biológicos, ambientales y variaciones genéticas que contribuyen al avance de la enfermedad, ayudando estos conocimientos a desarrollar enfoques eficaces en la prevención y en el tratamiento que reduzcan de manera positiva el impacto negativo que el abuso de drogas causa en individuos, familias y comunidades.

2.3 Adicciones a las drogas a nivel mundial en la actualidad

El estudio² que realizó en 2017 la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga resalta que unos 250 millones de personas, aproximadamente un 5% de la población adulta mundial, han consumido drogas por lo menos una vez en 2015, pero lo más preocupante es que un 0,6% de la población mundial adulta sufren trastornos provocados por el consumo de drogas.

² Los estudios nombrados de la UNODC son extraídos del Informe Mundial Sobre las Drogas 2017 <http://www.unodc.org/wdr2017/>

El consumo de drogas amenaza, además, con otro tipo de enfermedades como la hepatitis C y el VIH: 1,6 millones consumidores de drogas viven con el virus VIH debido a las inyecciones y 6,1 millones con el virus de la hepatitis C.

La cárcel es uno de los entornos de mayor riesgo para el contagio de estas enfermedades infecciosas pues hasta un 20% de la población de la cárcel consume droga mientras que en la población general el porcentaje es de 5,3%.

Por otro lado, ha habido una diversificación en el mercado de las drogas, ya que la variedad de sustancias que se pueden adquirir en el mercado de drogas se ha ampliado considerablemente. Siguen existiendo las drogas tradicionales, pero cada año surgen nuevas sustancias. Esto da lugar a que el policonsumo cada vez sea más oído y, aunque ha sido una de las modalidades de consumo durante varios años, el riesgo de consumir más de una sustancia es cada vez mayor.

Si nos centramos en el consumo de drogas por sexo, hay que resaltar que, aunque son dos veces más los hombres que las mujeres quienes sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas, cuando la mujer empieza en este mundo aumenta el consumo más rápidamente que el hombre, por lo que también sufren los trastornos generados por la droga de forma más rápida. Además, aunque el acceso al tratamiento necesario es el mismo para ambos sexos, el tiempo de tratamiento es menor para ellas que para ellos.

A nivel económico, el consumo de drogas además de afectar a individuos, familiares y colectividades, también perjudica a la economía de los países. Estudios de la UNODC³ extraen que alrededor del 30% del producto de la venta mundial de cocaína fue objeto de blanqueo en el extranjero. Otro estudio realizado a personas condenadas por delitos de drogas en Italia, corrobora esta investigación.

Puede ser que a corto plazo, sea beneficioso para el país porque impulsa la inversión y aumenta el producto interno bruto de los países, pero a la larga cuando el producto es considerable y tiene un porcentaje bastante alto en la economía total del país, el dinero puede inflar los precios de los bienes necesarios, las cifras de la exportación se pueden deformar, aparece la competencia desleal, se distorsiona la distribución de los ingresos y la riqueza y agrava la corrupción. En estos casos, las empresas que no tienen acceso a fondos ilícitos se ven afectadas y no pueden realizar nuevas inversiones.

³ UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime)

La eclosión de una economía ilícita contribuye a que empeore el estado de derecho y facilita la corrupción, y esto a su vez, fortalece el sector de las sustancias ilícitas.

En otro de los estudios extraídos de la UNODC (referencia anteriormente citada) se han visto que con el blanqueo de dinero relacionado con sustancias ilícitas, se reducen las tasas anuales de crecimiento económico global, sobre todo en los países más pequeños y menos desarrollados.

Para concluir, comentare algunas de las medidas preventivas que la UNODC propone para este problema, pero, sobre todo, para los trastornos relacionados con los opiáceos ya que alcanza un 70% de los trastornos ocasionados por estas drogas. La primera medida es prevenir el consumo de drogas en la familia, en los establecimientos de enseñanza y la comunidad, utilizando métodos eficientes basados en datos científicos produciéndose una vulnerabilidad en las personas y en el entorno. La segunda medida es proponer tratamiento y cuidados de otra naturaleza a las personas que sufren trastornos de este tipo, previniendo así las consecuencias sanitarias perjudiciales de estos trastornos. Estas dos medidas preventivas se ayudarían con terapias cognitivo-conductual y gestión de riesgos.

2.4 Adicciones a las drogas a nivel europeo en la actualidad

“En el contexto global, Europa es un mercado de drogas importante tanto por la producción local como por el tráfico de sustancias procedentes de otras regiones.”⁴

Es de Sudamérica, Asia occidental y Norte de África de donde proviene la Droga en Europa, siendo la India y China quienes se encargan de suministrar nuevas sustancias psicoactivas. “A finales de 2017, el OEDT (*Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*) vigilaba más de 670 nuevas sustancias psicoactivas.”⁵

Pero también en Europa hay zonas de producción de cannabis y drogas sintéticas. El cannabis normalmente es para consumo local y las drogas sintéticas se fabrican para exportarlas.

⁴ Información del Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

⁵ Información del OEDT: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf

Fueron el cannabis, la heroína y las anfetaminas las drogas en auge en los años 70 y 80. Alrededor de los años 90, se establecieron además otras drogas como MDMA y la cocaína. El mercado europeo de drogas continúa desarrollándose y en los últimos años han aparecido nuevas sustancias psicoactivas. Además debido a la globalización y a las nuevas tecnologías, se están viendo cambios en los métodos de producción y tráfico.

Aunque todavía predominan los mercados físicos, en un reciente análisis del OEDT y Europol⁵ se identificaron más de 100 mercados en la internet oscura⁶ en todo el mundo donde se oculta la identidad de los compradores y vendedores. Se calcula que dos tercios de todas las compras realizadas en estos mercados estaban relacionadas con las drogas. Los proveedores situados en la UE fueron los responsables de cerca del 46 % de los ingresos obtenidos con las drogas en estos mercados entre 2011 y 2015, la mayor parte de los cuales correspondieron a vendedores ubicados en Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido.

Hoy en día el consumo de drogas en Europa es diferente al pasado ya que ahora el policonsumo⁷ es más habitual. Entre los consumidores de drogas los hombres son más habituales que las mujeres siendo el cannabis la droga por excelencia, cinco veces mayor a otras sustancias; la forma más perjudicial de consumir la droga es por vía parenteral, aunque este tipo de consumo no es muy elevado.

Es un hecho que algunos jóvenes consumen drogas. La supervisión del consumo de sustancias entre estudiantes ha facilitado saber las conductas de riesgo de la juventud actual y de las posibles tendencias futuras.

El Proyecto Europeo de Escolares sobre Alcohol y otras Drogas en 2015, realizó otra de las rondas que se lleva haciendo desde 1999 para recoger datos de esta índole.⁵

La última encuesta que hizo entre los estudiantes europeos entre 15 y 16 años de 35 países europeos incluidos 23 Estados miembros de la UE y Noruega reconocieron haber consumido cannabis al menos una vez, lo que supone un 18% de la población.⁵

⁶ Internet Oscura o Darkweb: parte de internet no visible, inaccesible y utilizada normalmente con fines delictivos.

⁷ Policonsumo: consumo de una o más drogas legales o ilegales.

El consumo de drogas ilegales diferentes al cannabis fue mucho más bajo, del 5%, siendo las más consumidas la MDMA o éxtasis, la anfetamina, la cocaína, la metanfetamina y el LSD.⁵

Si nos centramos en la edad adulta, de 15 a 64 años, más de 93 millones de personas han probado drogas ilegales a lo largo de su vida.

Es el OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) quién proporciona a la UE y a sus países miembros información sobre las drogas, las toxicomanías y sus consecuencias de forma fiable, real, objetiva y comparable con el objetivo de asesorar la realización de políticas en la materia y guiar las iniciativas de lucha contra la droga.

Para conseguir esta información el OEDT necesita:

- Hacer un seguimiento del problema de las drogas en Europa
- Hacer un seguimiento de las soluciones que se han aplicado a los problemas relacionados con la misma
- Ofrecer información en los países de la UE sobre las mejores prácticas y lanzarlas.
- Realizar una evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas
- Llevar un sistema de alerta rápida de estas nuevas sustancias
- Desarrollar instrumentos y herramientas que facilitan a los países miembros para controlar la evaluación de las políticas nacionales y a la Comisión el control y la evaluación de las políticas de la UE.

El Consejo de Administración, principal órgano del OEDT, es quien aprueba el programa de trabajo que realiza y su presupuesto, contando con un Comité Ejecutivo y un Comité Presupuestario.

Por otro lado, el Comité científico se encarga de asesorar al director y al Consejo de Administración en temas científicos y trabaja con los colaboradores en la evaluación de riesgos de las nuevas drogas. La mayor parte información del OEDT la recibe de la red REITOX (Red de Información Europea sobre drogas y drogadicción) compuesta por centros de seguimiento de los 28 países de la UE, Noruega, Turquía y la Comisión.

El trabajo del OEDT funciona en base a unos programas anuales y plurianuales que se fundamentan a su vez en consultas globales a los órganos estatuarios del OEDT y a otras partes interesadas importantes. También colabora con otras agencias de la UE como: agencias de Justicia y Asuntos de Interior, Centro Europeo para la Prevención y el Control de las enfermedades, Agencia Europea de Medicamentos, Centro de Traducción de los Órganos de la Unión Europea. Juntas realizan publicaciones, servicios e iniciativas conjuntos.

2.5 Adicciones a las drogas en España en la actualidad

Es el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) quien se encarga de realizar y coordinar, en el territorio español, la recogida y análisis de datos, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, del consumo de drogas y otras adicciones (incluyendo alcohol y tabaco), y los problemas que conllevan este consumo.

Su objetivo principal es mostrar a la Administración y a la sociedad una visión global, tendencias y características del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas asociados en España.

Son varias las fuentes y métodos que utiliza para recoger datos. Una vez se tiene esta información analizada y contextualizada, los responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores se apoyan para tomar sus respectivas decisiones en los diferentes ámbitos.

Más detalladamente, a continuación voy a plasmar cuales son los objetivos en el OEDA apoyándome en su página oficial⁸:

1. *“Disponer de un sistema de información que permita evaluar la situación de los consumos de sustancias psicoactivas, otras adicciones y los efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencias futuras.*
2. *Actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales.*
3. *Difundir la información, a través de la publicación de informes periódicos.*
4. *Promover diversas investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos, y otras adicciones.*

5. *Asesorar a diferentes instancias políticas e institucionales acerca de las prioridades existentes en materia de droga y las posibles medidas a adoptar.*
6. *Ser el interlocutor con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS) a través del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), notificando las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España así como eventos relacionados con el uso de las mismas.*
7. *Colaboración y coordinación con el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) facilitando la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible con otros Estados de la Unión Europea. El OEDA actuará como punto focal en España de la Red Europea de Información sobre Drogas y Toxicomanías (REITOX), facilitando toda la información disponible en nuestro país. Asimismo se encargará de la difusión en España de la información relativa al conjunto de los Estados de la Unión Europea que integran el EMCDDA.”*

Son en los diferentes indicadores relacionados con las drogas dónde se apoya la Delegación del Gobierno para realizar el Plan Nacional sobre drogas y de esta manera obtener información sobre los problemas que acarrea este consumo y así ayudar a mejorar la salud de la población.

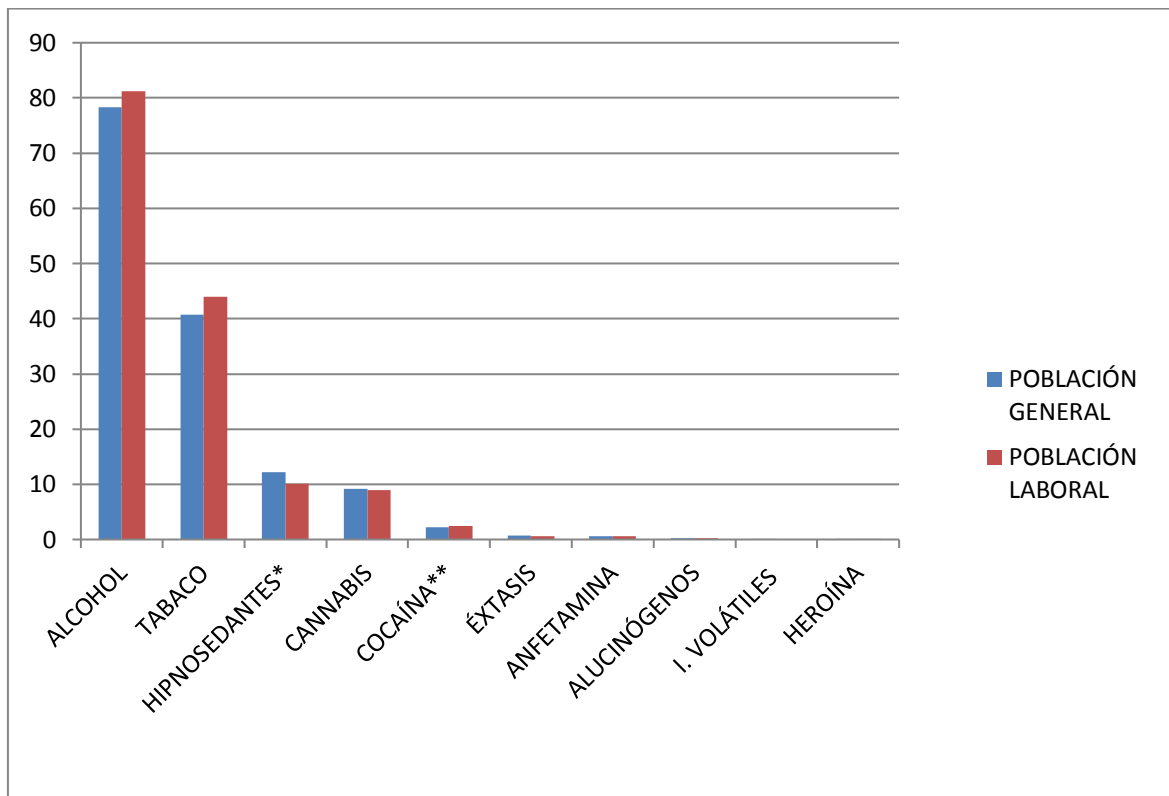
Los indicadores son:

- Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas
- Indicador Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas
- Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas
- Consumo problemático de riesgo de drogas
- Infecciones en consumidores de drogas

Por otro lado, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realiza encuestas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y así ayudar a diseñar y evaluar intervenciones relacionadas con el consumo de drogas y mejorar la salud de la población.

A continuación, mostraré una encuesta sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en 2013, tanto en la población general como laboral en España,

extraído del Plan Nacional sobre Drogas⁹, donde llama la atención que tanto en la población general como en la laboral sea el alcohol y el tabaco las dos sustancias más consumidas, herencia de no haber tratado a estas dos sustancias como drogas que generan un problema grave de salud.



1 Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses de 2013 en la población general y laboral en España

Fuente: página Oficial del Plan Nacional de Drogas ⁷

Elaborado por: Patricia Montolio

⁹Página Oficial del Plan Nacional de Drogas:
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicacion/es/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Población general se refiere a toda la población de 15 a 64 años.
Población laboral se refiere a: empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.
*Hipnosedantes: tranquilizantes y somníferos con y sin receta
**Cocaína en base o en polvo
***Inhalables volátiles

1 Información acerca del gráfico de prevalencia de consumo en diferentes sustancias psicoactivas

Elaborado por: Patricia Montolio

Fuente: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/o/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Por último, nombraré la UGT (Unión General de Trabajadores), ya que tiene un papel importante dentro del ámbito de las adicciones en el trabajo, pero que explicaré más adelante. En: 4.1 Adicciones en el mundo laboral

2.6 Adicciones a las drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón en la actualidad

Tanto el Plan Nacional sobre drogas como la Estrategia europea de lucha contra las drogas 2005-2012, son órganos principales de coordinación entre las administraciones. Además de servir para dar un punto de vista homogéneo sobre la adicción a las drogas, también han ayudado a saber las patologías y problemas que da lugar el consumo de sustancias.

En la Comunidad Autónoma de Aragón existe una ley sobre prevención, asistencia y reinserción social que constituye el marco básico para actuar en el ámbito de las adicciones a las drogas: la ley 3/2001. El instrumento más importante de esta ley es el II Plan autonómico sobre drogas¹⁰ la cual se centra en: la ordenación, coordinación y planificación de los recursos y actuaciones que en esta materia se desarrollan en el territorio de Aragón.

¹⁰ II Plan Autonómico sobre drogodependencias: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf

A lo largo de los años se han realizado diferentes estudios epidemiológicos¹¹ encuestas y sistemas de información de calidad que han permitido obtener datos fiables y actualizados sobre: el consumo de sustancias, las actitudes de la población ante las drogas, el perfil de los consumidores y los modelos de consumo. Por otra parte, el alcance de los programas preventivos, asistenciales y de inserción social son herramientas importantísimas para poder valorar los resultados durante todo este tiempo.

En este II Plan autonómico también se incluyen otro tipo de adicciones como el juego, la ludopatía o las relaciones eróticas de riesgo. En los jóvenes destacan: la adicción al móvil, a la Televisión y a Internet.

Las encuestas junto a otras fuentes de información (admisiones de tratamiento en la red asistencial, las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la mortalidad por reacción aguda a las drogas, etc.) son muy importantes para detectar cambios en el fenómeno de las adicciones y reorientar las políticas de prevención y asistencia sobre el consumo de drogas. Dan una información sobre hábitos, actitudes y opiniones en la población general o en parte de ella.

En Aragón es preocupante la temprana edad a la que se empieza a consumir drogas y el contexto de ocio donde se producen. Es a partir de los años 90 donde este tipo de consumo se utiliza como parte de socialización y de integración en el grupo de amistades, siendo también importante el estilo de vida integrado y el ámbito familiar y educativo. Sin embargo en los años 80 fue la heroína la droga más popular y la que más se identificaba con los problemas sociales y de salud individual, y era, sobretodo, por la marginalidad en la que se encontraba el individuo.

Actualmente, la “normalización” que se hace de las drogas y su consumo “recreativo”¹² asociado al ocio, son los elementos más importantes para hacer un análisis de la evolución y las tendencias que se ha experimentado en el medio de las drogas, añadiendo el policonsumo y el modelo de “atracción” especialmente con el alcohol.

¹¹ Estudios epidemiológicos: estudios en poblaciones humanas, que intentan relacionar ciertos efectos sobre la salud (por ejemplo, un cáncer) con una causa (por ejemplo, la exposición de una sustancia específica).

¹² Drogas que se utilizan como ocio

Es en zonas públicas, plazas, en la calle o en los parques las zonas dónde los jóvenes consumen, siendo del 80,5% el porcentaje de aragoneses que lo declararon.

También hay que indicar que la edad media a la que se empieza a consumir alcohol es 13,5 años y semanalmente los 14,7; siendo los incrementos máximos en el paso de los 15 a los 16 años, lo que indica que el consumo aumenta conforme aumenta la edad.

A continuación presento una tabla donde se ve con más claridad el porcentaje de consumo de alcohol “alguna vez en la vida” entre los jóvenes de 14 a 18 años en Aragón, extraída de la Encuesta nacional de salud:

CONSUMO	2002	2004	2006	2008
ALGUNA VEZ	85'5%	90,0%	85'7%	84'8%
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	84'9%	89'6%	82'9%	79'8%
EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	72'1%	79'9%	67'9%	70'2%

2 Consumo de alcohol en aragón entre jóvenes de 14 a 18 años

Fuente:http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf

Elaborado por: Patricia Montolio

Respecto al tabaco, se puede decir que es la segunda droga más consumida en Aragón, tanto en población adulta como en población adolescente y joven. Comparándolo con los años 80, el porcentaje de fumadores ha ido decreciendo, pero esto se debe al incremento de exfumadores por lo que sigue siendo un problema importante de salud pública, sobre todo en los últimos años en las mujeres. Podemos compararlo en la siguiente tabla sacada de la Encuesta nacional de salud donde voy a indicar el consumo de tabaco por sexo, mayores de 15 años y según el tipo de consumo en Aragón en 2006:

	Fumador diario	Fumador ocasional	Ex fumador	Nunca ha fumado
Ambos sexos	26,34	2,15	21,04	50,46
Varones	29,82	2,69	29,46	38,03
Mujeres	22,92	1,62	12,75	62,71

3 Consumo de tabaco por sexo, mayores de 15 años y según el tipo de consumo en aragón en 2006

Fuente:http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf

Elaborado por: Patricia Montolio

Dentro de las drogas ilegales, la que prevalece es el cannabis siendo el consumo de los chicos mayor que el de las chicas. En jóvenes aragoneses de 14 a 18 años son superiores al conjunto de los españoles

La terapia por consumo de cannabis ha ido en ascenso desde 2003, fundamentalmente entre los 14 y los 20 años. Además, es la primera droga ilegal por la que se comienza el tratamiento de desintoxicación respecto al total del resto de drogas. Siguiendo al cannabis, las drogas ilegales más consumidas por los jóvenes aragoneses son: la cocaína, la heroína y otros opiáceos realmente peligrosos.

En Aragón también hay que resaltar las demás conductas adictivas que he nombrado a nivel nacional e internacional, resaltando la ludopatía, la adicción a pantallas u otras como la adicción al sexo, o las que hacen referencia a trastornos del control de impulsos como la piromanía o la tricotilomanía,¹³ problemas difíciles de tratar. Estos trastornos, suelen venir asociadas con el consumo de alcohol y de otras drogas.

Existen métodos para cuantificar la magnitud de estas conductas adictivas pero aun así no puede saberse con certeza el número de situaciones que desarrollan problemas de salud asociados al consumo de drogas.

¹³ Tricotilomanía: trastorno que consiste en arrancarse compulsivamente los pelos de distintas partes del cuerpo, produciendo un fuerte sufrimiento porque desfigura la imagen de la persona o porque incrementa el estrés y la ansiedad.

En el Gobierno de Aragón existen varios tipos de actuaciones y servicios de prevención referentes a las drogas. Profundizaré más adelante en la prevención de ámbito laboral, pero antes expondré, de forma general, algunas de ellas.

Los más destacados son los CPC (Centros de Prevención Comunitaria): recursos que pertenecen a entidades locales y desarrollan funciones con el objetivo de reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y todos los problemas que estos acarrearán, así como promover un estilo o hábito de vida saludable.

Los servicios específicos de los CPC son los siguientes:

- Servicio de información, orientación y asesoramiento
- Servicio de prevención selectiva
- Servicio de prevención ámbito educativo
- Servicio de prevención familiar
- Servicio de prevención comunitaria
- Servicio de prevención en el medio laboral
- Servicio de incorporación social
- Servicio de prevención en políticas locales

Además de desarrollar los programas preventivos que ya están instaurados, incluyen en sus funciones el trabajo de proximidad, es decir, tienen contacto con individuos que están en especial riesgo y que no pueden acceder a la mayoría de los servicios existentes, o a los canales tradicionales de la educación para la salud.

Para finalizar, nombraré algunos de los programas que la Comisión Mixta de Salud-Educación del Gobierno de Aragón ha diseñado y que se llevan a cabo a través de la Dirección General de salud Pública y la dirección General de Política Educativa.

- Programas Escolares de Educación de la Salud: programas de educación en las escuelas de Aragón para prevenir las drogodependencias.
- Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de salud: su finalidad es incorporar a los centros educativos de Aragón, la promoción de la salud de la comunidad escolar.
- Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS): facilita la extensión de la promoción y educación para la salud en la Comunidad Autónoma de Aragón.

3. MARCO LEGAL

3.1 Leyes sobre drogas a nivel mundial

El origen de la normativa internacional sobre drogas es la Comisión sobre el Opio de Shangái de 1909 convocada por los Estados Unidos con el objetivo de regular el comercio internacional del opio, y en la que participaron 13 países, siendo muchos de ellos, en la actualidad, los más poderosos. A través de esta Comisión surgió la Conferencia Internacional en la Haya, que dio como resultado la Convención Internacional del Opio en enero de 1912, dándose el primer intento de generar una normativa internacional con el fin de controlar los narcóticos.

Tras la Primera Guerra Mundial y dentro de la Liga de Naciones, se firma el Acuerdo sobre la Manufactura, Comercio Interno y Uso del Opio en Ginebra en febrero de 1925, y, seguidamente, la Convención Internacional del Opio en 1928. Esta última creó un sistema de control estadístico supervisado por una Junta Central Permanente que instauró un sistema para autorizar exportaciones y emitir certificados de importación que regularan el comercio internacional lícito en narcóticos.

Fue también en Ginebra donde se firmó, en 1931, la Convención para Limitar la Manufactura y Regular la Distribución de Drogas Narcóticas. Esta implantó un sistema obligatorio en el que los países que producían opiáceos y cocaína, tenían que informar el tamaño de sus cultivos para así limitar su producción a las necesidades médicas y de investigación científica. Tras esta conferencia se creó el Acuerdo para Controlar el Hábito de Fumar Opio en el Lejano Oriente, Bangkok, en noviembre de 1931.

Siguiendo en Ginebra, en 1936, se firmó la Convención para Suprimir el Tráfico Ilícito de Drogas Peligrosas, donde se solicita la imposición de castigos severos a quienes trafiquen con drogas ilegales; pero debido a que su ratificación fue a finales de 1939, coincidiendo con la Segunda Guerra Mundial, no acabó de implementarse totalmente.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial las Naciones Unidas se hicieron con el control y responsabilidad de las drogas ilegales, es entonces en 1946 cuando se firmó en Nueva

York un protocolo que implantó la Convención de Estupefacientes¹⁴ bajo el Consejo Económico y Social.

Dentro de la Convención de 1931, se firmó un protocolo en París en 1948 dónde se incluía un conjunto de drogas sintéticas que aún no se habían incorporado en el Sistema Internacional de control.

En la misma ciudad de Nueva York se firmó otro protocolo en 1953 haciéndose vigente en 1956, para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio. Este protocolo buscaba erradicar la sobreproducción legal de opio por medio del control de las cantidades que cada Estado podía mantener, siendo solo siete países quienes pudiesen exportar opio: Bulgaria, India, Grecia, Turquía, Irán, Yugoslavia y la antigua Unión Soviética.

La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 fortaleció la Normatividad Internacional y derogó la gran mayoría de las convenciones que he nombrado anteriormente. Esta convención unificó y reemplazó toda la legislación sobre fiscalización de drogas precedente y constituye el fundamento del sistema actual. Estableció un sistema universal para limitar el cultivo, producción, distribución, comercio, posesión y uso de sustancias estupefacientes para propósitos médicos y científicos, con un enfoque específico en las sustancias derivadas de plantas: opio, heroína, coca, cocaína y cannabis y las drogas sintéticas incluidas en el Protocolo de París de 1948. También establece los organismos de control dentro del sistema de las Naciones Unidas, confirma la CE como el órgano que formula políticas y establece la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)¹⁵ la cual se encarga de supervisar la aplicación de la Normatividad Internacional. También se creó una secretaría que, actualmente también ayuda a estos organismos: la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito. La ONUDD¹⁶ maneja fondos y proyectos de asistencia técnica a diversos países y, además, se adentra cada vez más en temas diferentes a las drogas, por ejemplo, el crimen organizado, el terrorismo o el tráfico de seres humanos.

¹⁴ Convención de Estupefaciente: órgano que formula las políticas contra las drogas dentro del sistema de las Naciones Unidas. Lo nombraré a partir de ahora con las siglas CE

¹⁵ Junta Internacional Sobre Fiscalización de Estupefacientes (JIFE): usaré estas siglas a lo largo del apartado.

¹⁶ Siglas de: Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito.

A través de la Convención Única sobre estupefacientes de 1961 se formuló la normatividad internacional sobre drogas que alteran la mente. El principio fundamental de la normatividad internacional fue eliminar el uso de estupefacientes a través de médicos e investigadores científicos de drogas controladas. Pero no todas las drogas fueron controladas a través de esta Convención, ya que el alcohol y la nicotina quedaron excluidas.

En contraste a la Convención Única, existe la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, la cual se centra en las drogas sintéticas y alucinógenas ya que creció su consumo en los estados Unidos y en Europa Occidental en los años 70. Es en esta Convención es dónde se reafirman las directrices que limitan los usos de las drogas incluidas en la Convención a usos médicos y de investigación científica y donde los gobiernos pueden tomar medidas más represivas.

La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicoactivas de 1988 fue adoptada para dar respuesta al aumento en la demanda y oferta de sustancias controladas para usos no médicos, y el rápido crecimiento del mercado negro ilegal. Esta Convención ofrece unas medidas especiales de aplicación de la ley y refuerza la obligación de los países de imponer sanciones penales a nivel doméstico para parar la producción y el tráfico de drogas, permitiendo también flexibilidad a los estados miembros para lidiar con el uso de drogas.

Tras la Convención de 1988, la Asamblea General dedicó en 1990, su primera Sesión Especial al problema de las drogas. En ella se aprobó un Programa Global de acción y se anunció que el periodo entre 1991 y 2001 se iba a convertir en la Década de las Naciones Unidas contra el Uso Indebido de Drogas, siendo en este primer año cuando se creó el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID)¹⁷.

En la Asamblea General de 1993 se llevó a cabo una reunión para examinar la situación de la cooperación internacional en materia de drogas de forma urgente, pero una carta del gobierno mexicano dirigida al secretario General de la ONU, marcó la pauta de esta reunión. En ella se reflejaba que el consumo no paraba de aumentar y las organizaciones criminales se extendían.

¹⁷ Haré referencia al Programa Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas con las siglas (PNUFID)

“Este debate finalizó en 28 de octubre de 1993 con la resolución 48/12 donde la Asamblea General solicitaría a la CE que supervisara y valorara el funcionamiento de los instrumentos nacionales e internacionales de control de drogas para determinar las esferas en que se habían logrado progresos satisfactorios y los puntos débiles, recomendando también al Consejo Económico y Social en su serie de sesiones de alto nivel de 1995 “los cambios que deben efectuarse en las actividades de fiscalización de drogas. Para finalizar, se estudiaría la posibilidad de designar un grupo especial de expertos como instrumento adicional para examinar los asuntos en cuestión y formular “recomendaciones concretas para la acción””¹⁸

Surgieron entonces varias iniciativas, dentro de los límites políticos, sobre los “cambios que deben efectuarse” en el sistema de control de drogas. Perú y Bolivia renovaron sus esfuerzos diplomáticos por defender el uso tradicional de la coca en sus países. La OMS siguió intentando ganar terreno a favor de la filosofía de la reducción del daño dentro del sistema de la ONU¹⁹ e inició varios estudios científicos al respecto. Se comenzó a plantear la necesidad de revisar la clasificación establecida en las convenciones sobre los productos de la coca y el cannabis y se presentaron propuestas con el fin de analizar el costo y las ventajas de la reducción del daño, así como estrategias de despenalización. Fue en 1994 cuando México empezó a reunir el apoyo necesario para celebrar una cumbre internacional dedicada a la reflexión que, finalmente, desembocó en la UNGASS²⁰ de 1998.

Para completar la resolución aprobada por la Asamblea General, el PNUFID designó un grupo consultivo especial e intergubernamental asesorado por el presidente de la JIFE, cuyo objetivo principal consistía en formular recomendaciones sobre los cambios que se debían efectuar. Aunque es este mismo presidente quien aclara que no era necesario introducir modificaciones, simplemente algunos ajustes técnicos.

Finalmente, tras muchas investigaciones por parte de la OMS y otras fuentes, nunca se llegó a alcanzar un acuerdo de quiénes debían evaluar el proyecto, y, por tanto, no hubo decisión definitiva.

¹⁸ Fuente recogida en: (A/RES/48/12: art. 9 y 11)

¹⁹ ONU: Organización de las Naciones Unidas

²⁰ UNGASS: United Nations General Assembly Special Session; en español (Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas). Es la Asamblea General que puede convocar Sesiones Especiales sobre determinados temas.

La OMS siguió investigando e inició un proyecto sobre el cannabis en el año 1993, pero fue el Informe Mundial sobre Drogas de 1997 del PNUFID el que triunfó y UNGASS-1998 le ordenó que produjese bianualmente un Informe Mundial de drogas que fuera “objetivo, comprensivo y autorizado”.

Pero desde que se celebró la UNGASS en 1998 no se habían tomado las suficientes iniciativas para evaluar políticas en la lucha contra las drogas. Fue el programa PSA (Planes de seguridad del Agua) de las OMS quien salió a la luz, y, en el año 2000, se fundó el Departamento de Salud Mental.

En el año 2003, tras algunos altercados con este Departamento y la reorganización de la agencia por Antonio María Costa, se dieron cuenta que el crimen internacional organizado, la corrupción y el terrorismo eran asuntos bastante importantes en las relaciones internacionales. Fueron entonces las reformas nombradas anteriormente las que fortalecieron los aspectos sobre la lucha contra el delito y las actividades terroristas. Es en este momento cuando el PNUFID se convierte en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD o UNODC).

Actualmente la ONUDD, además de ser el principal motor en la lucha contra las drogas ilícitas y la delincuencia internacional, lleva a cabo el programa principal de las Naciones Unidas contra el Terrorismo. Se compone de unos 500 funcionarios de todo el mundo, su sede está en Viena y son 20 las oficinas extrasede situadas en más de 150 países, contando también con unas oficinas que le sirven de enlace con Nueva York y Bruselas.

Sus objetivos son: concienciar al mundo sobre los peligros que tiene hacer un mal uso de las drogas y reforzar las intervenciones internacionales contra la producción y el tráfico de drogas ilegales y la delincuencia que estas conllevan.

Para esto, la ONUDD, ha promovido una serie de iniciativas: alternativas y vigilancia de los cultivos de drogas ilegales y la erradicación de proyectos contra el blanqueo de dinero.

Colaborando con gobiernos y organizaciones no gubernamentales, el personal de la UNODC ha realizado programas de fiscalización de drogas y prevención del delito adaptados a las necesidades de cada país.

Una de las leyes es la Ley Marco Contra el Narcotráfico, Prevención y Tratamiento de las Adicciones, ya que recoge datos y recomendaciones del Informe Mundial sobre las Drogas 2009 realizado por la UNODD y publicado a finales del año señalado. Para más información sobre esta ley.²¹

Por último nombraré la OIT (Organización Internacional del Trabajo) creada en 1919 como parte del Tratado de Versalles. La OIT es la agencia especializada que se encarga de las cuestiones relacionadas con el trabajo y se compone de tres órganos: la Conferencia Internacional del Trabajo, el Consejo de Administración y la Oficina Internacional del Trabajo.²²

3.2 Leyes sobre drogas a nivel Europeo

La principal fuente legislativa de la Unión Europea es la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND) apoyada a su vez por el Cuestionario de Información Anual. Esta última es una herramienta de vigilancia asociada a los convenios de las Naciones Unidas en el control de drogas.

En 2009 se realizó el plan de acción contra las drogas (2009-2012)²³ dando lugar a diferentes actividades. La República Checa y Suecia contribuyeron en este Plan adoptando varias conclusiones del Consejo. En ellas se citaba lo siguiente:

- 1. “Desarrollo de indicadores clave en el ámbito de los mercados de la droga, la delincuencia relacionada con la droga y la reducción de la oferta de la droga*
- 2. Intercambio de buenas prácticas, directrices y normas de calidad para la prevención universal*
- 3. Reforzar la capacidad de investigación de la UE en materia de drogas ilegales”*

La Comisión Europea publicó un informe sobre la aplicación de la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo del 25 de Octubre de 2004, donde se establecen las

²¹Ley Marco Contra el Narcotráfico, Prevención y Tratamiento de las adicciones: http://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/exposiciones/exposicion-ley-narcotrafico-prevencion-adicciones-pma-3-dic-2010.pdf

²² <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

²³ Más información sobre esta ley: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf>

disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delito y las penas aplicables respecto al tráfico ilegal de drogas.²⁴

En Bruselas, el 15 de marzo de 2017, la Comisión Europea comunicó al parlamento Europeo y al Consejo, la evaluación de la aplicación de la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020 y el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2016: persistencia de la necesidad de un Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga para el periodo 2017-2020.²⁵

Hay una iniciativa encaminada a la implicación y movilización de la sociedad civil: la Acción Europea sobre la Droga de la Comisión Europea. Esta iniciativa invita a organismos públicos, instituciones, asociaciones, organizaciones no gubernamentales, empresas y ciudadanos, a comprometerse con una acción específica en materia de drogas, para que, de esta manera, los ciudadanos se sensibilicen con los riesgos y problemas que existen derivados de las drogas.

La movilización civil, el refuerzo de la cooperación con terceros países y la mejora de la investigación y la información es, o debe ser, uno de los principios básicos de la nueva estrategia de la UE en materia de drogas. Estos principios se establecieron en el Programa de Estocolmo²⁶ adoptado por el Consejo Europeo, creando además, un marco para la acción comunitaria relacionado con la participación ciudadana, la justicia, la seguridad, el asilo y la inmigración en el espacio de justicia, libertad y seguridad entre los años 2010 y 2014.

En Europa las estrategias y Planes de Acción de las políticas nacionales en materia de drogas, son herramientas fundamentales, ya que prácticamente todos los países de los treinta analizados por el OEDT acogen políticas relacionadas con las drogas y las renuevan periódicamente.

Hay que añadir que hoy en día, son muchos los países que han adoptado estrategias para luchar contra el alcohol o que han ampliado el ámbito de aplicación del documento de

²⁴Más información sobre la Decisión Marco: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004F0757:ES:HTML>

²⁵ Planes de acción: <http://fileserv.idpc.net/library/COM-2017-195-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF>

²⁶ Programa de Estocolmo: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7284.pdf>

política de drogas para hacer referencia a esta droga de uso legal. También han optado por soluciones pragmáticas, integrando las distintas estrategias en materia de drogas y alcohol en una única estrategia de salud pública, o han creado un único órgano social que coordina las dos políticas.

La mayoría de países europeos han decidido introducir en su ordenamiento jurídico la distinción entre unas drogas y otras, por ejemplo, el nuevo Código penal checo en el cual se reduce la pena máxima para los delitos de posesión de cannabis. Otro ejemplo se da en los Países Bajos, donde el Gobierno aceptó las recomendaciones del Comité Consultivo de Política sobre Drogas, de modificar el número de listados de drogas equivalentes a efectos jurídicos y de control.

En el ámbito económico, nombraré la Conferencia que explica las consecuencias de la recesión económica llevadas a cabo por el consumo de drogas y los problemas relacionados con éstas: la Sociedad Internacional para el Estudio de la Política de Drogas (ISSDP)²⁷ de 2010.

La investigación sobre las drogas en Europa se ha reforzado gracias a que en 2008, la Comisión Europea financió un estudio sobre el análisis comparativo de la investigación sobre drogas ilegales.²⁸

Por último, las actividades que ayudan a completar los programas nacionales de investigación, son: la investigación y el desarrollo tecnológico y la demostración, recogidas en el Séptimo Programa Marco de Investigación de la UE (2007-2013)²⁹ sirviendo, además, como base para las conclusiones del Consejo de la UE relacionadas con el reforzamiento de las capacidades de investigación de la UE sobre las Drogas Ilegales³⁰.

²⁷ ISSDP: Internacional Society for the Study of Drug Policy

²⁸ Estudio sobre el análisis comparativo de la investigación sobre drogas ilegales en Europa <file:///C:/Users/vidal.m/Downloads/report-EN.pdf>

²⁹ Más información sobre el Séptimo programa Marco de la Investigación de la UE (2007-2013): https://ec.europa.eu/research/fp7/pdf/fp7-brochure_es.pdf

³⁰ Investigación de la UE sobre drogas ilegales: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/research>

3.3 Leyes sobre drogas en España

En España la ley por excelencia es la **Constitución Española**, así citaré los tres primeros puntos del **artículo 43** que hacen referencia al tema tratado: el derecho de salud de los ciudadanos.

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”

También encontramos, en el capítulo III del título I, los principios rectores de la política social y económica donde se enmarcan algunos preceptos constitucionales que identifican los derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de las adicciones.

Por otro lado, **La ley 14/1986 de 25 de abril** hace referencia a la ley general de sanidad. En esta ley podemos encontrar la Sanidad en su carácter más general.

Son varios los artículos relacionados con el tema de drogas los que recoge la **Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal**. (Anexo, página 44)

La Legislación Nacional sobre Drogas es otra de las leyes importantes sobre el consumo de drogas y adicciones. En ella se recogen muchas leyes que regulan este problema. Estas leyes son: la Constitución española; normativas administrativas; la regulación de la producción, usos, consumo y tráfico ilícitos; la regulación de venta, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco; la regulación de la producción, usos, consumo y tráfico ilícitos: normas penales y administrativas; norma sectorial; fomento de actividades: subvenciones, distinciones y otras medidas; administración de justicia y normas procesales, y, por último, los órganos competentes de la administración general del estado.

Fijándome en la normativa administrativa, resaltaré la Estrategia Nacional sobre Adicciones de 2017 a 2024 aprobada por la Comisión Inter-Autonómica del Plan Nacional sobre Drogas el 18 de octubre de 2017. Esta estrategia es un documento

participativo y de consenso que se ha acordado por todas las Administraciones Públicas. En ella podemos encontrar en el apartado 10.4, la integración laboral en personas drogodependientes. Centrará más este tema en el apartado 4.1.3 Nacional

De la misma manera, explicaré en el apartado “4.1 Adicciones en el mundo laboral,” las siguientes leyes y Reales Decretos referentes al marco laboral en España citados también en el anexo de Leyes en el ámbito laboral:

- **REAL DECRETO LEGISLATIVO 2/2015, DE 23 DE OCTUBRE**
- **LEY 5/2011, DE 29 DE MARZO**
- **LEY 44/2007, DE 13 DE DICIEMBRE**
- **LEY 43/2006, DE 29 DE DICIEMBRE**
- **LEY 36/1999, DE 18 DE OCTUBRE**
- **LEY 12/2001, DE 9 DE JULIO**
- **REAL DECRETO 39/1997, DE 17 DE ENERO**
- **LEY 31/1995, DE 8 DE NOVIEMBRE**
- **ORDEN ESS/1338/2013, DE 11 DE JULIO**

Finalmente, en este apartado vuelvo a mencionar el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), ya que es quien se encarga de realizar y coordinar, en el territorio español, la recogida y análisis de datos, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, del consumo de drogas y otras adicciones (incluyendo alcohol y tabaco), y los problemas que conllevan este consumo, y es dónde se apoya la Legislación Nacional sobre Drogas.

3.4 Leyes sobre drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón

Dentro de la Legislación española sobre Drogas, en la normativa de ámbito autonómico, actualizada el 31 de julio de 2018, encontramos muchas de las leyes de la Comunidad Autónoma de Aragón que hacen referencia a las drogas:

- 1987
 - **ORDEN DE 22 DE JUNIO DE 1987**, del departamento de sanidad, bienestar social y trabajo, por la que se aprueban las normas de funcionamiento interno de la comunidad terapéutica de rehabilitación de toxicomanías “el Frago”
- 1989

- **LEY 2/1989, DE 21 DE ABRIL**, del servicio aragonés de salud, en su artículo 4.2 la atención integral de la salud individual y comunitaria de la población aragonesa mediante la prestación de los servicios sanitarios en condiciones de igualdad para toda la población, concretando en el artículo 11.2a) donde fija los objetivos mínimos del plan de salud de la comunidad autónoma: promoción, protección y prevención de la salud, asistencia sanitaria y medidas de reinserción.
- 1990
 - **ORDEN DE 3 DE AGOSTO DE 1990**, del departamento de sanidad, bienestar social y trabajo, por la que se modifica la composición y funciones de la comisión de acreditación, evaluación y control de centros y servicios de tratamiento con opiáceos a personas dependientes de los mismos.
- 2001
 - **DECRETO 343/2001, DE 18 DE DICIEMBRE**, por el que se constituye la comisión interdepartamental de drogodependencias y el consejo asesor de drogodependencias (modificado –artículo 6- por orden de 7 de octubre de 2008).
 - **ORDEN DE 20 DE JULIO DE 2001**, por la que se establece la adecuación de los edificios administrativos del gobierno de Aragón a las prescripciones de la ley 3/2001, de 4-4-2001, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.
 - **LEY 3/2001, DE 4 DE ABRIL**, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias [modificado el artículo 12.6. a) por el artículo 37 de la ley 10/2012, de 27 de diciembre].
- 2003
 - **DECRETO 267/2003, DE 21 DE OCTUBRE**, que aprueba la estructura orgánica del departamento de salud y consumo.
- 2006
 - **DECRETO 182/2006, DE 5 DE SEPTIEMBRE**, por el que se regulan las características de la señalización donde figuran las prohibiciones y limitaciones a la venta y consumo de tabaco.

Por otro lado, el Gobierno de Aragón impulsado por la Dirección General de Salud Pública realizó el II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016, que recoge cuatro áreas de actuación: prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Además, este plan tiene en cuenta otros aspectos como la situación de nuestra Comunidad Autónoma, las conclusiones del primer plan entre 2005 y 2008, la experiencia en el desarrollo de las diferentes áreas de intervención y el compromiso de coordinación institucional que incorpora la Estrategia Nacional de Drogas.

Finalizando este apartado, destacaré en otras leyes que también hacen referencia al consumo de drogas y adicciones en la Comunidad Autónoma de Aragón en el anexo Leyes sobre adicciones y consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón

4. MUNDO LABORAL

En este apartado me centraré en las adicciones y consumo de drogas en el ámbito laboral. Desarrollare este tema empezando a nivel general y adentrándome poco a poco hacia nuestra Comunidad Autónoma, Aragón.

4.1 Adicciones en el mundo laboral

El consumo de drogas en ámbito laboral es un problema grave porque incide negativamente en el rendimiento y en las relaciones entre los compañeros, lo que da lugar a un mal ambiente de trabajo.

Los seres humanos necesitamos alcanzar un grado de satisfacción para poder vivir realizando diferentes actividades como el deporte, la familia, las aficiones o el trabajo. Cuando una persona se siente insatisfecha o frustrada en una de estas áreas donde se encuentra el bienestar o la felicidad, concentra su atención en una sola, apareciendo entonces el alto riesgo de adicción.

Según datos de la OMS, alrededor de 205 millones de personas consumen drogas ilícitas,³¹ lo que le convierte en uno de los 20 factores principales de riesgos para la salud de las personas.

En relación al mundo laboral, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,³² ha recogido datos que manifiestan que:

- El alcohol y el tabaco son las drogas legales más consumidas por los trabajadores y, como drogas ilícitas le siguen el cannabis y la cocaína en polvo.
- Los hombres en situación de desempleo consumen más que los activos. En la mujer, solo hay diferencia en cuanto a los hipnóticos.
- Los sectores trabajo donde se realiza mayor consumo son, en general, la agricultura, la pesca, la ganadería, la hostelería, la construcción, el transporte y el comercio.
- Los trabajos con mayor peligrosidad y expuestos a riesgos psicosociales también implican un mayor consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína.

³¹ Dato estadístico extraído de https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

³² Obtenido de: http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf

- Dentro de la satisfacción del trabajo, tanto hombres como mujeres insatisfechos con su trabajo consumen más cannabis. Aquellos que tienen peores condiciones laborales respecto al salario y a la seguridad presentan una tasa de consumo de hipnosedantes, cannabis y cocaína mayor que los que están con unas buenas condiciones laborales.

Analizando estos datos voy a plasmar una tabla recogida de la UGT en la que se informa sobre el grado de consumo de diferentes drogas en los distintos sectores de actividad laboral. Es destacable que las drogas legales, tanto el alcohol como el tabaco, son las drogas más consumidas en cualquier sector laboral, pero especialmente en el de la construcción el consumo de drogas legales, y añadiendo el cannabis como droga ilegal, es más elevado respecto a otros sectores. Por otro lado, en el sector servicios también se puede ver que el consumo es elevado, sobre todo de hipnosedantes. Este último dato puede ser debido al cargo mental ocasionado por su trabajo.

Los sectores dónde menos drogas se consumen son los relacionados con servicios a empresas, comercio, transporte, vehículos, manufacturas y suministros.

	ALCOHOL	TABACO	HINOSEDANTES	CANNABIS	COCAÍNA
CONSTRUCCIÓN	19,4%	43,4%	4,8%	11,7%	3,9%
HOSTELERIA	11,3%	42,6%	8,2%	10,95%	4%
AGRICULTURA, PESCA...	13,5%	40,2%	4,1%	7,2%	2%
ACTIVIDADES ARTÍSTICAS, RECREATIVAS, DEPORTIVAS	7,3%	34,1%	6,5%	10,4%	5,6%
MANUFACTURAS Y SUMINISTROS	11,6%	36%	6,6%	6,2%	2,4%
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO	11,1%	32,3%	5%	6,9%	2,3%
COMERCIO Y REPARACIÓN VEHÍCULOS A MOTOR	8,7%	33,5%	6,2%	6,6%	2%

SERVICIOS A EMPRESAS	10,5%	30%	7,8%	5%	2,3%
SERVICIOS A PERSONAS	4%	28,8%	10,9%	4,3%	1,2%
AAAPP (SERVICIOS)	8,4%	25,8%	8,6%	3,6%	1,3%
MEDIA	10,5%	33,8%	7,3%	6,7%	2,4%

4 Grado de consumo de diferentes drogas en los distintos sectores de actividad

Fuente: http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf

Elaborado por: Patricia Montolio

En España la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción de 2001 ha elaborado diferentes investigaciones en las que se demuestra que las personas activas en el mundo laboral tienen más probabilidades de consumir drogas, ya que a los factores de riesgo no laborales se le añaden los riesgos laborales.

Dentro de los factores de riesgo laborales se destacan:

- *Factores de riesgo asociados a las condiciones de trabajo:*
 - *la peligrosidad en el desempeño de la tarea*
 - *los trabajos nocturnos, a destajo o sometidos a objetivos de alto rendimiento*
 - *las tareas rutinarias o monótonas*
 - *los turnos rotatorios y cambiantes*
 - *el cansancio intenso, el agobio y el estrés producido por la tarea*
 - *las largas ausencias del hogar por motivos laborales*

- *Factores de riesgo asociados a la insatisfacción personal:*
 - *insatisfacción con el tipo de trabajo que se realiza*
 - *insatisfacción con el trato que se recibe de los superiores*
 - *sentimiento de estar poco capacitado, sin preparación, o sin formación para el desempeño del puesto de trabajo*

- *Factores de riesgo asociados a condiciones de precariedad:*
 - *contratos precarios (precariedad contractual)*
 - *periodos sin trabajo o reducida actividad laboral*

- *inseguridad en cuanto al futuro laboral*

Entre los factores de riesgos no laborales , comunes al conjunto de ciudadanos, los que más peso parecen tener en su correlación con los consumos de drogas son:

- *En el eje familiar, cuando :*
 - *los padres consumen alcohol y otras drogas*
 - *hay una mala situación económica en la familia*
 - *hay problemas de conciliación entre el trabajo y las tareas domesticas*
- *En el eje social, cuando:*
 - *hay consumo drogas en el grupo de iguales*
 - *son insuficientes las alternativas de ocio*
 - *se piensa que el dinero y el poder prevalecen en la escala de valores*
 - *es escasa la participación en actividades sociales y comunitarias*
- *En el eje personal, cuando se da:*
 - *soledad*
 - *baja autoestima*
 - *insatisfacción vital*
 - *agobio y tensión*
 - *dificultad en la resolución de problemas”*

Simplificando lo dicho anteriormente, muestro una tabla recogida de la UGT con los datos más relevantes respecto a los factores de riesgo:

FACTORES DE RIESGO	
NO LABORALES	LABORALES
SOCIALES	ORGANIZACIÓN DEL PROCESO
FAMILIARES	PUESTOS DE TRABAJO Y/O TAREAS
PERSONALES	AMBIENTE LABORAL

5 Factores de riesgo en las adicciones

Fuente:http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf

Elaborado por: Patricia Montolio

El consumo en el ámbito laboral incide de manera negativa en la empresa y en la salud de las personas y, por consiguiente, afecta a los objetivos de la organización. Algunas de las consecuencias más visibles cuando un trabajador consume drogas, sobre todo ilegales, son: la frustración de la trayectoria profesional, alargamiento del periodo de baja, siniestralidad laboral³³, absentismo, mal clima de trabajo y disminución de la productividad. Por ello, las adicciones dentro del ámbito laboral hay que tratarlas como una cuestión de salud y, además, analizar la influencia que puedan tener las condiciones de trabajo en la seguridad y salud de los trabajadores.

Para erradicar este problema es necesario que se introduzcan estrategias y actuaciones conjuntas y coordinadas llevadas a cabo por las empresas y por los trabajadores y sus representantes sindicales; junto a ellos se le deben añadir los servicios de prevención de riesgos laborales y la propia Administración.

Tanto a nivel Internacional, Nacional como en las diferentes Comunidades Autónomas existen leyes que regulan este problema:

4.1 1 Internacional

- **El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016** contiene 36 acciones para los 6 ejes y los 14 Objetivos Generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Dentro del eje 2 de reducción de la demanda, existen acciones con el objetivo de disminuir el consumo de drogas legales e ilegales en el ámbito laboral:
 - *“La elaboración de un plan de prevención en el ámbito laboral, creando plataformas de coordinación con sindicatos y asociaciones empresariales en las Comunidades Autónomas que no dispongan de ellas.”*
 - *“Se elaborará un modelo marco de intervención integral en el lugar de trabajo para la prevención, asistencia e inserción social.”*
 - *“Se fomentará la implicación de grandes empresas en proyectos de reducción de la demanda de drogas a través de sus programas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC).” Para el objetivo*

³³ Siniestralidad laboral: producción de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales ligadas al ejercicio de una actividad.

general de facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.”

- *“Se elaborará un protocolo para diseñar itinerarios personalizados de inserción de drogodependientes en proceso de rehabilitación que se implementará en centros de asistencia a drogodependientes y en Instituciones Penitenciarias. Se diseñará un instrumento para la evaluación de la efectividad de estas medidas.”*
- **La Norma Internacional ISO 26000 Guía de Responsabilidad Social** define la responsabilidad como: *“La responsabilidad de una organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y el medioambiente, mediante un comportamiento transparente y ético que contribuya al desarrollo sostenible, incluyendo la salud y el bienestar de la sociedad; tomando en consideración las expectativas de sus partes interesadas; cumpliendo con la legislación aplicable y siendo coherente con la normativa internacional de comportamiento; debe estar integrada en toda la organización y llevar a la práctica en sus relaciones.”*

4.1.2 En la Unión Europea

- El **Libro verde** sobre Responsabilidad Social Empresarial (RSE) de la Unión Europea en el que se refleja *“la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores, los cuales pueden ser internos (empleados y directivos) o externos (consumidores, proveedores...)”*
- **La Directiva del Consejo de 12 de junio de 1989 (89/391/CEE)** hace referencia a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo:
 - En el art 1.1 *“El objeto de la presente Directiva es la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.”*

1.2. “A tal efecto, la presente Directiva incluye principios generales relativos a la prevención de los riesgos profesionales y la protección de la seguridad y de la salud, la eliminación de los factores de riesgo y accidente, la información, la consulta, la participación equilibrada de conformidad con las legislaciones y /o los usos nacionales, la formación de los trabajadores y de sus representantes, así como las líneas generales para la aplicación de dichos principios.”

- En el art 2.1 “La presente Directiva se aplicará a todos los sectores de actividades, públicas o privadas (actividades industriales, agrícolas, comerciales, administrativas, de servicios, educativas, culturales, de ocio, etc.)”
- En el art 5.1 1. “El empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo.”

4.1.3 Nacional

- **El artículo 40.2 de la Constitución Española** “encomienda a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo.”
- **La ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales:** en ella aparecen los principios preventivos de la salud en el ámbito del trabajo en general.
- En la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024** en el apartado 10.4 aparecen algunos objetivos estratégicos que hacen referencia a la Incorporación Social de las personas con adicciones en el ámbito laboral:
 - “10.4.2. Ampliar la oferta y adecuar los servicios y programas (servicios ocupacionales y especialmente de reinserción laboral) a los nuevos perfiles de las personas atendidas (incluyendo las adicciones sin sustancia), al diferente impacto de las adicciones en mujeres y hombres y a las necesidades diferenciales de los drogodependientes de más edad.

- 10.4.5. *Mejorar la coordinación interinstitucional entre los departamentos con una clara implicación en esta área: Salud, Servicios Sociales, Empleo, Educación e Interior.*
 - 10.4.7. *Fomentar la participación de las corporaciones locales en los programas de inserción laboral y social.*
 - 10.4.8. *Fomentar la participación de las entidades privadas sin fin de lucro en el desarrollo de programas de inserción social y laboral a través de itinerarios personalizados.”*
- **El Consejo Estatal de Responsabilidad Social de las Empresas, órgano consultivo adscrito al Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008)** define la responsabilidad social como *“un conjunto de compromisos de diverso orden económico, social y medioambiental adoptados por las empresas, las organizaciones e instituciones públicas y privadas que constituyen un valor añadido al cumplimiento de sus obligaciones legales, contribuyendo a la vez, al progreso social y económico en el marco de un desarrollo sostenible.”*

Y la **Ley de Economía Sostenible fortalece este organismo creando el Real Decreto 221/2008**, pues establece que en las sociedades anónimas de más de 1000 trabajadores es obligatorio que el informe anual se remita al Consejo para realizar un seguimiento adecuado del trato de implantación de las políticas de Responsabilidad Social. En su artículo 49 promueve y difunde entre las empresas privadas, los principios de la Responsabilidad Social Empresarial.

En las diferentes definiciones de Responsabilidad Social a lo largo de este apartado se recogen los elementos comunes que construyen los principios básicos de la RS:

1. *“Se entiende como una actuación voluntaria de las organizaciones*
2. *Supone cumplir con la legislación vigente e ir más allá de los requisitos establecidos por esta*
3. *Se integra en el modelo general de gestión de las organizaciones*
4. *Abarca aspectos sociales y ambientales*

5. *Tiene en cuenta las relaciones de la organización con grupos internos y externos, que tengan intereses en la actividad desarrollada.*”

A pesar de que las acciones que llevan a cabo las empresas a través de la Responsabilidad Social son dinámicas y variadas, sigue siendo un concepto que se queda corto respecto al problema de las adicciones, ya que pueden aportar más a parte de lo legalmente citado.

Para ello, las empresas pueden abordar el problema de las adicciones, dentro de sus estrategias de Responsabilidad Social, desde diferentes ámbitos:

- Desde la sensibilización y Prevención de las adicciones y promoción de hábitos saludables: esto se refiere a que en la mayoría de casos, la actuación ante la adicción se realiza cuando la persona ha tocado fondo o la adicción está muy acelerada. Esto pasa debido a que se actúa más ante las consecuencias que ante las causas que provocan esta adicción. Para que esto se pudiera llevar a cabo debería tratarse como un problema de salud, y de esta manera, empresarios, trabajadores y sus representantes podrían realizar de manera conjunta una política para la empresa, por escrito, con el objetivo de erradicar la adicción en el ámbito laboral.
- Creación de entornos saludables de trabajo: es evidente que las condiciones de trabajo influyen en los problemas relacionados con el alcohol y las drogas, por ello empresas y trabajadores deberían identificar y adoptar medidas de prevención con el objetivo de crear un puesto de trabajo saludable.
- Detección del problema en el ámbito laboral: el centro de trabajo es el lugar dónde se puede detectar con más claridad los problemas asociados al abuso de alcohol y drogas porque los comportamientos son fácilmente observables (la observación, accidentes laborales, despistes, ingestas de

alcohol en las comidas o descanses de trabajo, la retirada del carné de conducir, etc.) Para evitar que esto suceda el empresario debería instalar unas restricciones en materia de alcohol tanto a los trabajadores como a los directivos. Por otra parte, es importante fomentar la seguridad y salud en el lugar de trabajo a través de programas de información, de instrucción y de capacitación sobre estas sustancias las cuales deberían estar integradas en los progresos de salud. Así como la estabilidad que ofrece un empleo es un factor importante para poder superar cualquier problema relacionado con el consumo, también lo es el principio de no discriminación, ya que si la persona afectada se siente como “uno más” su problema puede erradicarse con más facilidad. Ahora bien, las empresas tienen sus pros y contras en la ayuda a las personas afectadas por consumo. Es cierto, que deben remitirlos a servicios de asesoramiento, de tratamiento o rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias, pero si el trabajador afectado no colabora plenamente con el tratamiento, el empleador puede tomar las medidas disciplinarias que crea oportunas. En estos casos las empresas se topan con dos problemas; la no disponibilidad de un puesto distinto para la persona afectada y el coste económico de contratar a otra en caso de baja.

En las empresas donde el consumo se trata como un problema de salud y existen medidas y protocolos de actuación en todo el proceso, desde la identificación del problema hasta la reincorporación del afectado tras la rehabilitación, incluyen medidas de prevención además de las generales y permiten que haya un mejor seguimiento del problema. Los Programas de asistencia proporcionan a las personas: información, asesoramiento y orientación hacia el tratamiento especializado de atención al problema de salud que tiene el afectado:

- ✓ Detección de casos
- ✓ Evaluación de las demandas de actuación

- ✓ Información y asesoramiento
- ✓ Derivación hacia los tratamientos especializados
- ✓ Seguimiento del proceso de tratamiento
- ✓ Determinación del proceso de alta, es decir, planificar la reinserción laboral.

➤ En sus políticas de Recursos Humanos: los Recursos Humanos tienen una labor muy importante en este sentido, ya que las empresas son las que pueden contribuir a la sensibilización de la sociedad sobre la necesidad de integración de los colectivos más vulnerables, favoreciendo a través de los procesos de selección de personal la inclusión de los colectivos con riesgos de exclusión, en este caso, personas que han tenido problemas con las adicciones pero que ya están recuperadas. Además, este tipo de políticas hace que avance la Responsabilidad Social Corporativa de las empresas.

La siguiente tabla recogida de la UGT, y haciendo mención a lo citado anteriormente, hace alusión a los factores de protección del entorno laboral respecto a los factores de riesgo que existen en el ámbito laboral:

FACTOR/VARIABLE	DE RIESGO	DE PROTECCIÓN
Condiciones de empleo	-Inseguridad en el empleo -Trabajo externalizado (redes)	-Condiciones de seguridad o garantía de empleo
Condiciones contractuales: jornada y retribución	-Jornadas prolongadas e inseguridad de descansos -Devaluación de condiciones -Baja expectativa de carrera	-Condiciones de conciliación de la vida laboral y familiar -Progresión profesional -Mejoras de acción social
Condiciones materiales de trabajo: ambiente físico	-Continuidad trabajos tóxicos -Estrés térmico	-Compromisos eliminación puestos tóxicos o peligrosos

		-Evaluaciones ergonómicas
Riesgos psicosociales	-Elevada carga de trabajo -Ritmos intensivos -Nocturnidad/aislamiento -Insatisfacción relacional	-Evaluación de factores de riesgo psicosocial -Calidad de clima relacional

6 Factores de riesgo vs factores de protección del entorno laboral

Fuente: http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf

Elaborado por: Patricia Montolio

- El Informe Sobre las Empresas de **Inserción en España**, es importante para las personas afectadas. En este informe se muestran dos leyes: la Ley 44/2007, de 13 de diciembre, de regulación de las empresas de inserción y la Ley 44/2007 en relación a las normativas autonómicas de la inserción laboral en España.
- Otra de las fuentes importantes en España para dar información sobre las adicciones en el ámbito laboral es la **UGT**, de la cual he ido obteniendo información a lo largo del trabajo, ya que es en ella donde encontramos la prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral, estadísticas e información generalizada sobre el tema.
- **Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre**, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores en su artículo 19 garantiza la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo:
 - *“Artículo 19. Seguridad y salud en el trabajo. 1. El trabajador, en la prestación de sus servicios, tendrá derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.”*

4.1.4 En la Comunidad Autónoma de Aragón

- **Decreto 37/2006, de 7 de febrero del Gobierno de Aragón** por el que se regulan las empresas de inserción laboral (BOA nº 20, del 17 de febrero de 2006)

- **Decreto 128/2009, de 21 de julio, del Gobierno de Aragón** por el que se regula el régimen de las empresas de inserción y el procedimiento para su calificación y registro en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- **LEY 3/2001, de 4 de abril**, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias, en su artículo 25 respecto al ámbito laboral indica que:

“1. El Gobierno de Aragón, en el ámbito de sus competencias, llevará a cabo las siguientes iniciativas:

a) En el marco de la legislación sobre prevención de riesgos laborales, pondrá los medios necesarios para que las drogodependencias o los problemas de salud derivados del consumo de drogas no sean causa de discriminación en el medio laboral.

b) Promoverá la realización de evaluación de riesgos en relación con el puesto de trabajo cuando se detecten problemas por consumo de drogas, de forma que permita el desarrollo de planes globales de intervención en la empresa.

c) Facilitará, desde el medio laboral, el acceso de los drogodependientes a los servicios especializados en su atención.

d) Fomentará acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicales tendentes a la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes durante su proceso de rehabilitación y al desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en casos de problemas derivados del abuso de drogas.

e) Impulsará programas de prevención dirigidos a trabajadores con problemas de consumo de drogas en el ámbito laboral, especialmente de alcohol y tabaco, tendentes a una mejora de la salud y calidad de vida.

Asimismo, promoverá acuerdos de colaboración con las organizaciones sindicales y empresariales para el desarrollo de estos programas, en el que participarán de forma prioritaria los comités de seguridad y salud.

2. En los centros, establecimientos y servicios dependientes de las Administraciones públicas aragonesas se reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. En todo caso, se garantizará el acceso al tratamiento en aquellos casos en que deba realizarse en horario laboral.”

Ésta última ley hasta el momento, no está regulada.

5. Fundación Centro Solidaridad de Zaragoza (FCSZ)

Proyecto Hombre

5.1 Introducción

La Fundación C.S.Z³⁴ forma parte de la red de atención de personas sujetas a conflicto social con y sin adicción a las drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Dentro de la FCSZ existe una Comunidad Terapéutica, es decir, un programa destinado a personas con trastornos por el uso de sustancias y que por su situación bio-psico-social requieren realizar una parte de su tratamiento en régimen residencial. Esta Comunidad Terapéutica se llama Proyecto Hombre y actualmente dispone de 45 plazas públicas aproximadamente. Profundizo el programa terapéutico Proyecto Hombre en su apartado 5.1.4 Programas y centros de Tratamiento de la FCSZ, Programa residencial: hace referencia a la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre. Forma parte de la red de Atención a Drogodependientes de Salud Mental de la Comunidad autónoma de Aragón, desarrollando la gestión de 45 plazas públicas..

5.1.1 Historia de la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza

La Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza surge en 1985 a raíz de la problemática social del consumo de drogas, y sobre todo, con la gran epidemia de los años ochenta del consumo de heroína.

El problema siguió aumentando y las madres de los heroinómanos acudían desesperadamente a las parroquias en busca de ayuda, pues no había ningún lugar dónde les pudiesen ayudar por falta de desconocimiento sobre el tema.

Es en aquel momento cuando el Arzobispo de Zaragoza, Monseñor Elías Yanes, efectúa uno de sus viajes a Roma y se interesa por el “Progetto Uomo”, en español “Proyecto Hombre, constituido por el sacerdote Don Mario Picchi,”.

³⁴ Cada vez que haga referencia a la Fundación Centro Solidaridad de Zaragoza, será con las siglas (FCSZ)

Posteriormente, en torno a 1984, varios obispos españoles se trasladaron a Roma y descubrieron este programa terapéutico, un proyecto que les parecía que podía aplicarse en España. Fue el dieciocho de diciembre de 1985 cuando Monseñor Elías Yanes promovió la creación de una fundación canónica en Zaragoza, llamada Proyecto Hombre, con la unión de diferentes entidades de iglesia siempre encabezadas por Cáritas Diocesana de Zaragoza que es la que preside el patronato fundacional.

El comienzo fue lento y difícil, porque a pesar de que era necesario que hubiese un programa terapéutico que abordara este problema en la sociedad, tenía que ganarse la confianza de la misma.

El programa se inicia con 12 personas en 1985, atendiendo ya a 65 usuarios en 1986. Este aumento de personal obliga a la Fundación a diseñar nuevas instalaciones, adecuándose también al programa terapéutico.

En los diferentes Programas de la fundación C.S.Z consideran a las familias como uno de los pilares básicos de la rehabilitación del toxicómano/a. Por ello, desde el primer contacto del usuario/a con la fundación, la familia participa en el seguimiento de la persona afectada y, en la medida de lo posible, es considerada como co-educadora junto al equipo de profesionales de los diferentes programas. Esta implicación se mantiene a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En el año 1986 nace la Asociación de Familias y Amigos con la finalidad de colaborar muy estrechamente con el Centro de Solidaridad de Zaragoza, desempeñando entre otras, las tareas de sensibilización y apoyo económico. *“La asociación está integrada por familiares de usuarios/as, actuales e históricos, voluntarios/as y amigos/as del Centro de Solidaridad de Zaragoza. La Asociación se financia a través de las actividades que desarrollan para recaudar fondos a lo largo de todo el año, así como por las cuotas de los socios que la integran.”*³⁵

En el mismo año, se inauguró la Comunidad Terapéutica en la Puebla de Alfindén y un año más tarde, en 1987, se abrió la Comunidad Terapéutica de Reinserción en el barrio de Valdefierro y se constituyó el equipo de Terapia Familia.

³⁵ Fuente: <http://www.fundacioncsz.org/historia.php>

En 1989 se crearon los Grupos de Apoyo para los jóvenes que no necesitaban ingresar en la Comunidad Terapéutica.

Dos años más tarde, se inauguraron los locales de Manuela Sancho gracias a la Obra Social de la CAI, donde CSZ-PH mantiene su sede central desarrollando la fase de acogida.

En 1995 abren las nuevas instalaciones de Miralbueno para albergar la Comunidad Terapéutica, que se traslada desde la Puebla de Alfindén.

Se crearon dos Planes de Prevención en 1996, uno Anual en el que se estructuran las actividades de prevención llevadas a cabo en escuelas, tejido asociativo y sociosanitario. El segundo llamado Programa Tarabidán, sirve para la intervención con adolescentes en situación de riesgo y sus familias.

Los programas Ulises y Altaír se establecen en 1998. El primero con el objetivo de reducir los daños con dispensación de metadona; el segundo destinado a consumidores de cocaína y otros psicoestimulantes.

En 2000 se impulsa el Centro de Tratamiento de Adicciones conformado por los programas Altaír y Ulises más el proyecto de situaciones especiales (GASC), y en 2010 se reconoce este Centro como una Unidad de atención y Seguimiento de Adicciones (UASA).

La FCSZ es una fundación canónica perteneciente a la iglesia diocesana de Zaragoza y está integrada por:

- Cáritas
- Grupo San Valero
- Hermanas de la caridad de Santa Ana, cuyo presidente es el director de Cáritas.

La FCSZ ha ido evolucionando con unos resultados positivos debido a que se ajustan a las necesidades, a las situaciones y a los perfiles de los usuarios/as que han acudido en busca de ayuda. Haciendo un balance de las últimas tres décadas se puede decir que es favorable, pues son más de 9.000 usuarios a los que ha acompañado y, además, ha

apoyado, orientado y capacitado a las miles de familias de los demandantes de sustancias psicoactivas.

En términos globales un 30% de las personas que han buscado ayuda en PH³⁶ se han rehabilitado y, a un 15%, se les ha derivado a otro recurso asistencial que cubriese mejor sus necesidades. No obstante, más de la mitad de los usuarios han abandonado el programa terapéutico, por lo que les queda un largo camino que recorrer.³⁷

5.1.2 Misión, Visión y Valores de la FCSZ

Misión: La Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (FCSZ) tiene como misión, llevar a cabo, en el ámbito de la Comunidad Aragonesa y de manera específica en la provincia de Zaragoza, tareas de investigación, divulgación y prevención de los riesgos derivados de los diferentes tipos de adicciones y la atención a personas con problemas asociados o no a las drogas, así como atención a sus familias. Esta ayuda se realiza mediante una metodología educativa terapéutica basadas en las capacidades del individuo para resolver sus problemas.

Visión: Contemplamos una sociedad que incorpora con mayor normalidad los usos de drogas y que vive con menor conciencia las problemáticas asociadas a los consumos de sustancias.

- *Preocupada por algunas consecuencias derivadas de los mismos.*
- *Por el modo en el que algunos sectores de la sociedad viven su ocio.*
- *Por la disminución en la edad de contacto con las sustancia.*
- *Por el aumento en el número de quienes recurren a su consumo.*

Se aprecian otras conductas que presentan patrones de adicción. Se constata como un “riesgo” que se ha convertido en característica social.

Valores:

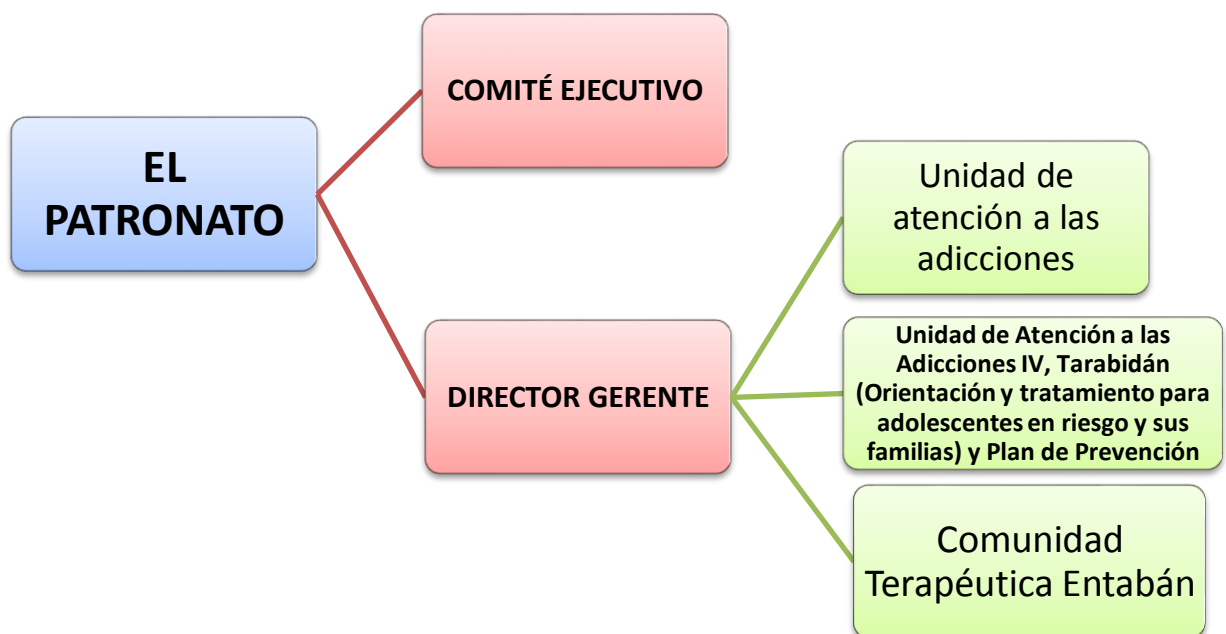
- *La apuesta y el respeto por la persona, su dignidad y sus posibilidades de ser.*
- *El optimismo terapéutico, que confía en las capacidades del individuo para resolver sus problemas.*

³⁶ PH: Proyecto Hombre

³⁷ Información recogida de: Estudio de impacto social y económico de la Fundación C.S.Z Proyecto Hombre (1985-2015)

- *La solidaridad y el compromiso social.*
- *El voluntariado destaca por su sentido generosidad y trabajo no lucrativo y por ser un referente como estilo de vida.*
- *Las cualidades, capacidades y actitudes de todos los integrantes de la Fundación.:*
 - *Amabilidad y respeto como norma de comportamiento.*
 - *Discreción y confidencialidad, como base de nuestro trabajo.*
 - *Profesionalidad y trabajo en equipo, como forma de llegar a la calidad total.*
 - *Flexibilidad y adaptabilidad, a las diferentes situaciones de nuestro trabajo.*
 - *Seriedad en el cumplimiento de las obligaciones y compromisos.*
 - *Innovadora en programas.*
 - *Alta capacidad de respuesta a las demandas sociales.*
 - *Transparencia total en las gestión económica y máxima responsabilidad en la administración de las subvenciones y ayudas públicas y privadas.*³⁸

5.1.3 Organigrama operativo de la FCSZ



³⁸ Fuente: <http://www.fundacioncsz.org/historia.php>

7 Organigrama fcsz

Fuente: <http://www.fundacioncsz.org/historia.php>

Elaborado por: Patricia Montolio

“El patronato: constituye el órgano supremo de representación institucional, aprueba los presupuestos y las cuentas anuales y puede delegar parte de sus competencias en el Comité Ejecutivo. Según los Estatutos, este Patronato está integrado por el director de Cáritas Diocesana de Zaragoza (que lo preside) y, un representante del Grupo San Valero, y otro de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana.

En la actualidad, forman el Patronato:

- *Presidente: Carlos Gómez Bahillo, director-delegado episcopal de Cáritas Diocesana de Zaragoza.*
- *Tesorero: Angel García de Jalón Comet, en representación del Grupo San Valero.*
- *Vocal: Ana Feli Pablo Bernal, en representación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana.*

Comité ejecutivo: designado por el Patronato, marca y supervisa las líneas estratégicas a seguir. Lo conforman: un presidente, un secretario, un tesorero, el director-gerente de la Fundación y hasta nueve vocales. Todos los miembros del Comité Ejecutivo, salvo el director-gerente de la Fundación (que actúa como secretario del mismo), son voluntarios.

En la actualidad el Comité Ejecutivo está formado por:

- *Presidenta: Pilar Aznar Oro*
- *Secretario: Jesús Miguel Sánchez Felipe*
- *Tesorero: Jesús Ruiz Trigo*
- *Vocales:*
 - *M^a Ángeles Cid López*
 - *M^a Jesús Martínez Subías*
 - *M^a Victoria Arruga Laviña*
 - *José Javier Romeo Robledo*

- *Cristóbal Rodríguez Alcaine*
- *Juan Sebastián Teruel Pérez*
- *Esteban Puga Fernández*
- *José Antonio Ruiz Trigo*
- *José Ignacio Bonafonte Zaragozano*

Director gerente: Nombrado por el Arzobispo de Zaragoza, a propuesta de los miembros del Patronato, depende del Comité Ejecutivo, del que forma parte con voz y voto. Sus funciones están reflejadas en el Reglamento Interno del Comité Ejecutivo y es el máximo responsable del cumplimiento de las normas de régimen interno, adjudicando los destinos, los horarios y funciones al personal contratado, y realiza el seguimiento de su actuación y rendimiento.

Desde el 1 de octubre de 2010 esta función recae sobre Jesús Miguel Sánchez Felipe, Trabajador Social que mantiene relación contractual con la Fundación desde 1999.

5.1.4 Programas y centros de Tratamiento de la FCSZ

La FCSZ se compone de un programa residencial, centros de tratamientos de adicciones que lo forman a su vez: las UASAS, un área de prevención con sus respectivos programas y, por último, el programa de atención a familias de los afectados.

- Programa residencial: hace referencia a la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre. Forma parte de la red de Atención a Drogodependientes de Salud Mental de la Comunidad autónoma de Aragón, desarrollando la gestión de 45 plazas públicas.

Es un programa destinado a personas con trastornos por uso de sustancias, que por su situación bio-psico-social requieren realizar una parte de su tratamiento en régimen residencial

“Además es un tratamiento residencial que ofrece un itinerario individualizado en un contexto grupal, partiendo de las necesidades a nivel médico, psicológico,

educativo, familia y social de cada residente. Forma parte de un proceso de intervención más amplio que empieza y termina de forma ambulatoria desde las UASAS de referencia”

- Centros de tratamientos de adicciones: dentro de los tratamientos se distinguen:
 - **UASAS (Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones):** están reconocidas dentro del ámbito de tratamiento por el Plan Autonómico de drogodependencias del Gobierno de Aragón. Trabajan de forma ambulatoria para dar una respuesta de los diferentes perfiles de usuarios que solicitan ayuda y permiten, de esta manera, mantener la vinculación con su ambiente, lo que quiere decir, que van dirigidos a aquellos usuarios que tienen una estructura familiar, social y laboral que posibilita compaginar la intervención terapéutica y educativa con su vida cotidiana.

La propuesta educativo terapéutica está compuesta por un tratamiento individual combinado en muchos casos con terapia grupal al igual que en el programa residencial Proyecto Hombre. Además se realiza un programa “ambulatorio”, es decir, se realiza un seguimiento del usuario antes, durante y después del tratamiento.

La reinserción del usuario es un objetivo fundamental para la fundación por ello se le da especial importancia desde el inicio del proceso del tratamiento. Diseñan itinerarios adecuados a la realidad de cada persona.

Este trabajo está organizado en dos áreas coordinadas entre sí:

- Área de diagnóstico: en este área se valoran los aspectos biológicos, toxicológicos y psicosociales, y plantean el tratamiento más adecuado a la demanda de los usuarios.
- Área de tratamiento: los proyectos principales que se han desarrollado son:
 - Programa de Mantenimiento con Metadona “Ulises”: va destinado al paciente dependiente de opiáceos. Su objetivo es reducir y/o abandonar el consumo y los riesgos asociados al mismo

- Programa de Situaciones Especiales: Destinado a las personas que por sus condiciones particulares (patología dual, realización de otros programas terapéuticos, dificultades familiares o cualquier otra condición que dificulte el tratamiento) no encajan en otros programas de carácter más específico del CSZ y se les propone una propuesta más individualizada
- Programa de Alcohol: va dirigido a personas con adicción al alcohol. El trabajo que se realiza con estos usuarios puede ser individual y grupal.

Dependiendo del sexo, el consumo de alcohol es diferente por lo que el tratamiento debe atender estas diferencias y la intervención grupas está dividida por sexos.

- Programa de Cannabis: va destinado a las personas que consumen cannabis. Su objetivo es hacer ver al afectado los problemas que conlleva el consumo de esta droga y motivar al usuario para que realice un cambio de vida. Para estos casos también se realizan intervenciones a dos niveles: trabajo individual y trabajo grupal.
- Programa Altaír: destinado a personas consumidoras de cocaína u otros psicoestimulantes. Al igual que con el cannabis, Proyecto Hombre o el alcohol, se realizan intervenciones a nivel individual y grupal.
- Área de Prevención: se incluyen dos tipos de programas para prevenir las adicciones.
 - Consultorio de intervenciones psicoeducativas con adolescentes en riesgo
 - Su finalidad es promover aquellos agentes que pueden intervenir en el proceso educativo y de crecimiento integral de adolescentes y jóvenes.

- Asesorar y formar a las administraciones locales, centros educativos o dispositivos de atención sociosanitarios en el diseño y desarrollo de estrategias preventivas en: la formación y prevención en el ámbito comunitario y el programa de atención al medio escolar.
- Programas de jóvenes Tarabidan: la finalidad de este programa es fomentar un proceso educativo y de maduración en los jóvenes con riesgo como: problemas relacionados con el alcohol y las drogas, crisis adolescentes, violencia filio-parental³⁹, agresividad y problemas de conducta; teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la persona para facilitar su desarrollo personal, familiar y social.

En este programa es fundamental la implicación familiar, porque para educar a un adolescente hay que situarse ante los cambios en las relaciones de los jóvenes afectados.

- Programa de atención a familias: su finalidad es orientar, apoyar y capacitar a las familias con algún miembro que padezca alguna adicción o haga usos problemáticos con las drogas. La intervención se desarrolla por terapeutas con formación y experiencia en este ámbito.

Los grupos atienden tanto lo parental como lo conyugal y las necesidades de convivencia, orientación y conocimiento del proceso de recuperación.

Actualmente existe grupos de proceso, multiparejas, multifamiliar y taller de habilidades parentales.

Por último, también acogen padres preocupados para ayudarles y orientarles con sus familiares que no quieren asistir a tratamiento.

La dirección y los servicios generales de FCSZ se ubican en la calle Manuela Sancho, 3-9. 50002 Zaragoza. Su horario de atención al público es de 8:30 a 14:00 horas (de lunes a viernes) y de 17:00 a 21:00 horas (de lunes a jueves). La dirección de correo electrónico es secretaria@csz.es.

Los programas de FCSZ se desarrollan en:

³⁹ Violencia filio-parental: violencia de los hijos hacia los padres.

- **Unidad de Atención a las Adicciones III:** *Manuela Sancho, 3-9. 50002 Zaragoza. Su horario de atención al público es de 8:30 a 14:00 horas (de lunes a viernes) y de 17:00 a 21:00 horas (de lunes a jueves). La dirección de correo electrónico es secretaria@csz.es y el teléfono 976 200216. Ulises y alcohol y cannabis (depende del caso) Situaciones Especiales*
 - Programa “Ulises”
 - Programa de alcohol
 - Programa de Situaciones Especiales
- **Unidad de Atención a las Adicciones IV:** *Lucero del Alba, 2. 50012 Zaragoza. Su horario de atención al público es de 8:30 a 14:00 horas (de lunes a viernes) y de 17:00 a 21:00 horas (de lunes a jueves). La dirección de correo electrónico es prevencion@fundacioncsz.org y el teléfono 976 331775.*
 - Programa Altair
 - Programa Tarabidán
 - Plan de Prevención
- **Comunidad Terapéutica Entabán:** *Camino de En medio, 21. 50012 Zaragoza. Residencia sin atención directa al público. Abierta los 365 días del año. La dirección de correo electrónico es comunidadph@fundacioncsz.org y el teléfono 976 340175.*⁴⁰
 - Programa residencial: Proyecto Hombre

En la FCSZ hay cuatro coordinadores y cada uno se encarga de cada uno de los servicios o UASAS de los que se compone la fundación:

- ✚ Servicio general y de administración
- ✚ Coordinador de la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre
- ✚ Coordinador de la UASA (Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones) de Manuela Sancho
- ✚ Coordinador de la UASA (Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones) de Valdefierro.

⁴⁰ Información extraída de: <http://www.fundacioncsz.org/historia.php>

5.2 Marco Laboral FCSZ⁴¹

Actualmente, la Fundación cuenta con un total de 32 trabajadores todos ellos con un alto nivel de cualificación. Los perfiles de estos profesionales se distribuyen en diferentes áreas:

- ✚ Servicios generales: director gerente
- ✚ Licenciados en económicas y empresariales
- ✚ Licenciados en contabilidad y finanzas
- ✚ Secretaría general
- ✚ Médicos
- ✚ Enfermeras
- ✚ Psicólogos
- ✚ Educadores sociales
- ✚ Trabajadores sociales
- ✚ Maestros
- ✚ Graduados superiores en Integración Social

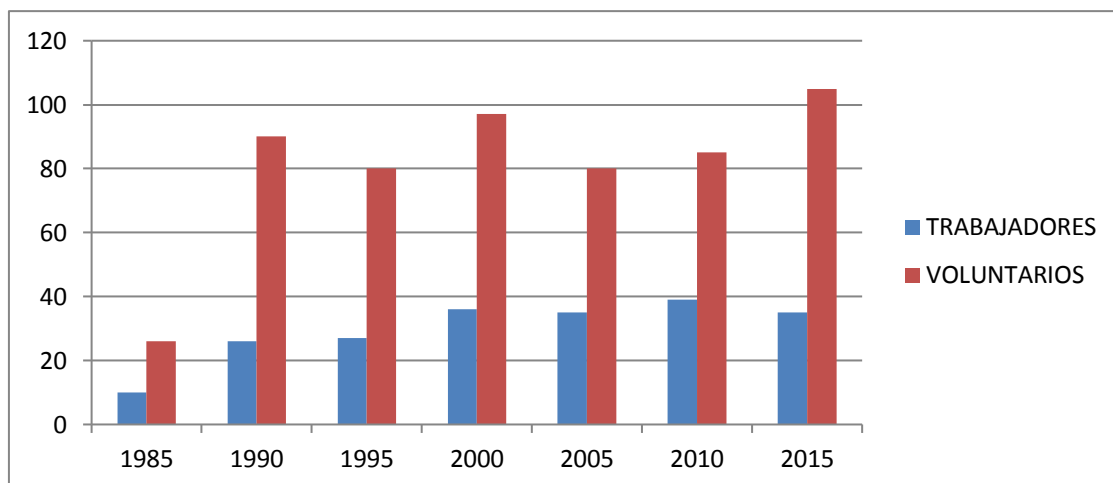
De entre todos los profesionales, cabe destacar el servicio médico. Ocupa un espacio transversal entre todos los programas de la fundación con una clara dedicación distribuida en tres apartados fundamentales: asistencia, docente y divulgador en la educación y prevención de los problemas de salud entre nuestros usuarios.

También destaca el seguimiento asistencial y supervisión de todos los pacientes en tratamiento en los diversos programas de la Fundación: en las dos UASAS y en la Comunidad Terapéutica, en la coordinación e intervención con la red sanitaria de salud pública tanto primaria como especializada, la docencia con médicos residentes de Psiquiatría y Medicina familiar comunitaria, la participación en reuniones científicas, congresos y sesiones clínicas de diferentes servicios hospitalarios y sociedades científicas relacionadas con las toxicomanías.

La labor del voluntariado, integrado en la Coordinadora Aragonesa del voluntariado, es muy importante ya que la Fundación atrae a más de 100 voluntarios anualmente que aportan sus conocimientos y trabajo de manera totalmente altruista. Podemos ver en la

⁴¹ Información recogida a través de una entrevista con el director de Proyecto Hombre.

siguiente gráfica recogida por la “Fundación CSZ-PH memoria 2017”, que el número de voluntarios es bastante mayor al de los trabajadores.



8 Voluntarios y trabajadores dentro de la fcsz

Fuente: Fundación CSZ-PH memoria 2017

Elaborado por: Patricia Montolio

Para la Fundación es fundamental el trabajo que a lo largo de los años ha desarrollado el personal voluntario en los diferentes programas de la Fundación. Para los voluntarios que acuden por primera vez, existe un protocolo de acogida y de formación y una carta de derechos y deberes.

En el año 2017 los últimos datos recogidos hasta el momento fueron de 110 voluntarios: 71 mujeres y 39 hombres con una edad media de 44 años. Las labores que realizan son las siguientes:

- Secretaría Técnica
- Tareas de infraestructura
- Voluntarios en actividades deportivas y ocio en la Comunidad Terapéutica
- Atención al teléfono en las UASAS y la CT Proyecto Hombre
- Piso acogida, tienda solidaria, “Postales desde Limbo”...

Es tan importante la labor de los voluntarios, que desde los inicios del Comité Ejecutivo de la Fundación (órgano de gestión y decisión) se ha formado en su totalidad con voluntarios.

El trabajo de los voluntarios estuvo coordinado en 2017 por un equipo de voluntarios y trabajadores de las diferentes sedes de la Fundación. Su misión es la de organizar y supervisar las actividades que desarrollan y hacer de enlace con los terapeutas de los diferentes Programas. Hay que destacar que la mayor labor de los responsables es animar, atender, acoger y acompañar a los voluntarios y sus necesidades en el desarrollo de las actividades que llevan a cabo.

Afortunadamente podemos decir que cada vez son menos los trabajos donde la proporcionalidad entre hombres y mujeres es insignificante porque la diferencia va disminuyendo. En este caso, en la FCSZ, el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres aunque no con gran diferencia. Gracias a los datos recogidos por la “Fundación CSZ-PH memoria 2017” sabemos que el 52,78% son mujeres y el 47,22% son hombres.

Respecto a la normativa laboral, destaco que:

- El puesto de trabajo es rotativo, no hay un puesto fijo, todos los trabajadores son operadores terapéuticos.
- No hay representación sindical
- A nivel laboral, esta entidad tiene un **pacto de empresa propio** desde 1995, no existe un convenio con el que se guían. Este pacto se renueva cada dos años y su negociación la realiza el director gerente, la presidenta del comité ejecutivo y dos representantes de los trabajadores los cuáles han sido votados con anterioridad por sus compañeros.
 - El pacto de empresa regula aspectos como si fuese un Convenio Colectivo, y si no pueden regularlo a través del pacto acuden al Estatuto de los Trabajadores. Los aspectos laborales incluidos en el pacto de empresa son:
 - La Jornada laboral
 - El salario
 - Las vacaciones
 - Las remesas
 - Las excedencias
 - Pluses (responsabilidad, transporte, antigüedad...)
 - Pagas

- Prevención de Riesgos Laborales

A continuación explico con mayor detalle, los aspectos laborales regulados por el pacto de empresa citados anteriormente, y los que se regulan fuera de él:

- ❖ La jornada laboral de cada trabajador es de 35 horas semanales de lunes a domingo.
- ❖ Tienen seis semanas de vacaciones a lo largo del año: cuatro semanas en verano, una semana en primavera y una semana en otoño.
- ❖ Cuentan con cuatro días de asuntos propios y dos días de puente.
- ❖ A nivel salarial cobran todos los trabajadores por igual excepto el director gerente y los cuatro coordinadores nombrados anteriormente que cobran el plus de responsabilidad (máximo de 21 años).
- ❖ El plus de antigüedad se reconoce hasta siete trienios máximo.
- ❖ El plus de transporte se divide en once mensualidades, excepto en agosto por el disfrute de las vacaciones.
- ❖ Tienen catorce pagas anuales: dos mensuales más dos extras en junio y diciembre.
- ❖ Los temas de maternidad o nacimiento del hijo, lo regulan a través del Estatuto de los Trabajadores.
- ❖ Por último, en referencia a la búsqueda de trabajo de los afectados debo decir que se sitúan en la misma posición que cualquier otro trabajador, es decir, no reciben ninguna ayuda a parte. Tienen que acudir a las oficinas del INAEM para buscar trabajo, tienen servicios normalizados, por lo q la dificultad de buscar trabajo es mayor porque son personas en exclusión social generalmente.

Cómo datos de interés de la FCSZ

- En los últimos ocho años no han habido incorporaciones de trabajadores, exceptuando bajas o vacaciones, debido a la falta de recursos.
- Los primeros trabajadores fueron en la época de 1985 a 1995 todos con educación universitaria. Alguno de ellos había tenido problemas con las adicciones.
- Tener un pacto de empresa ayuda a que los ámbitos que se pueden mejorar se puedan cambiar con mayor facilidad, exceptuando los motivos salariales, pues

no han sido muy buenos en los últimos años y aunque hayan ido mal, no han podido mejorarlo porque no había recursos.

- En 2011 hubo 6 despidos por falta de recursos, una baja salarial del 2% para poder mantener a los trabajadores y en 2012 una disminución en el horario de 38 a 35 horas con su correspondiente bajada salarial.
- De 2012 a 2018 ha habido una congelación salarial, pero a partir del 2018 empezaron a mejorar y apareció el aumento de salario en un 2%.
- A pesar de que la situación salarial ha mejorado, la contratación de personal sigue ausente.

5.3 Plan de prevención de la FCSZ

5.3.1 Introducción

Este apartado trata sobre el plan de prevención de riesgos del consumo de droga, ahora bien, habiendo estudiado el tema creo que el nombre de prevención es equívoco, ya que desde mi punto de vista se estima más hacia una orientación y asesoramiento, que a un plan de prevención.

De todos modos, citaré este punto como plan de prevención ya que la Fundación le asigna ese nombre.

5.3.2 Historia del Plan de Prevención

Desde los inicios, la Fundación CSZ Proyecto Hombre comprendió que la sensibilización social y la información eran un instrumento más que debía integrarse en su intervención frente a las drogas.

Es en 1996 cuando dicha Fundación estructuró y articuló todas estas actividades en torno a un Plan de Prevención que cada año, alcanza a más de 3.000 personas.

A finales de los 80 las drogas fueron la segunda mayor preocupación de los españoles pero actualmente a pesar de que sigue siendo un dilema, se ha situado en uno de los problemas sin relevancia alguna.

Al realizarse encuestas, el 50% refería las drogas como uno de los problemas principales en España, mientras que un 30% lo aludían a la inseguridad ciudadana, asociada también al consumo de drogas.

El plan de prevención nace gracias a un convenio económico que la Obra social de Ibercaja y la propia Fundación firman en el año 1996. La finalidad del plan de prevención es promover una mejor preparación de los agentes que pueden intervenir en el proceso educativo y de crecimiento integral en adolescentes y jóvenes. Dotarles de los recursos necesarios para el abordaje de situaciones y conductas susceptibles de riesgo, que pudieran comprometer su desarrollo saludable y/o integración social con unos objetivos:

- Propiciar la lectura amplia, serena y adaptada de situaciones de riesgo
- Buscar/recuperar potencialidades del propio entorno
- Apoyo en diseño de estrategias adecuadas a necesidades
- Apoyar/fortalecer a entornos de contención natural: familia, profesionales, entorno, comunidad

El trabajo de Prevención se desarrolla a través de:

- Un consultorio de intervención psicoeducativas con adolescentes en riesgo
- Un programa de jóvenes Tarabidan

5.3.3 El Plan de Prevención en la actualidad

Actualmente el Plan de Prevención forma y asesora a administraciones locales, centros de educación y dispositivos de atención sociosanitarios en el diseño y el desarrollo de estrategias preventivas en los ámbitos de actuación nombrados a continuación:

- Programa de prevención comunitaria: la finalidad de este Programa es informar, sensibilizar y formar a la población en general, a través de agentes sociales, sobre la prevención de situaciones de riesgo en adolescentes. También, respecto a los agentes sociales, el Programa debe facilitar la implantación del resto de Programas de Plan
- Programa de atención al medio escolar: el objetivo es impulsar y cooperar en el desarrollo de actuaciones de prevención y promoción de la salud en los centros

escolares, y de esta manera incentivar a los padres y profesores la recuperación del protagonismo en los procesos educativos de los más jóvenes.

- Programa de atención al medio asociativo juvenil y tiempo libre: su finalidad es la colaboración en diseñar acciones para proporcionar los recursos que se necesitan para manejar las diferentes situaciones de riesgo. Es un programa que va dirigido a jóvenes asociados, técnicos y mediadores de entidades y colectivos juveniles.
- Programa de formación para profesionales socio-sanitarios: incluye propuestas formativos a otros profesionales a los que les interesa el trabajo con adolescentes y jóvenes, ofreciendo espacios que favorezcan el intercambio de acciones, proporcionando información y asesoramiento técnico y facilitando la adquisición de capacidades que hagan posible mejorar las actuaciones diarias.
- Tarabidan: es un programa de orientación y tratamiento en adolescentes, jóvenes y las familias de estas.

Tarabidan surge en 1996 en el Centro de Solidaridad de Zaragoza debido al creciente riesgo en jóvenes y adolescentes con el uso de drogas, los problemas escolares, la violencia, las relaciones conflictivas, hábitos poco saludables, etc... lo que provocaban en los jóvenes experiencias y vivencias que podían ser dañinos en su salud, maduración o integración social.

Por todo ello, Tarabidan surgió con la finalidad de promover un proceso educativo y de maduración en los jóvenes en riesgo, teniendo en cuenta aspectos fundamentales de la persona para facilitar su desarrollo individual, familiar y social.

Es un recurso ambulatorio dirigido por un equipo interdisciplinar que propone:

- Orientación, apoyo y diagnóstico
- Asesoramiento familiar
- Tratamiento integral personalizado (entrevistas individuales, trabajo grupal...)

El programa de prevención Tarabidán se aplica a profesionales, al ámbito comunitario y al asociativo y al programa escolar.

- **Formación de profesionales**: en la formación de profesionales se han centrado en el colectivo sanitario (particularmente médicos) en el colectivo de ámbito social (trabajadores/educadores) y en el profesorado. Aunque también podrían acceder otros perfiles profesionales como

psicólogos, mediadores y terapeutas de familia, sociólogos... También han hecho otro tipo de propuestas como al Colegio de Abogados, al Colegio de Médicos. También trabajan desde la demanda y para ello se ha firmado un convenio con el Gobierno de Aragón para la rotación de MIR y convenios de prácticas o voluntariado con la facultad de Trabajo Social. La estimación de los participantes es difícil de realizar por la naturaleza de las colaboraciones y porque éstas se han apoyado con actividades de diversa naturaleza como coloquios, cursos de verano... Sólo cabe constatar que se han realizado esfuerzos constantes en esa dirección.

- **Ámbito asociativo:** En cuanto a la formación en el ámbito asociativo se ha tendido siempre a trabajar con entidades que agruparan asociaciones o que formaran a profesionales relacionados con la educación de los jóvenes. Han trabajado con el Consejo de Juventud de Zaragoza y Aragón, con los scout, y con las escuelas de formación de tiempo libre. Actualmente se mantienen acuerdos y convenios de colaboración con 6 escuelas de Formación de animadores y educadores de Tiempo Libre, además de las entidades juveniles de la misma Comunidad.
- **Ámbito comunitario:** En cuanto al programa comunitario, señalar que es el más difícil de medir de todas las actuaciones formativas del Plan de Prevención. La diversidad de acciones que se llevan a cabo (reuniones, mesas redondas, cineforums...) hace que se calcule de manera estimativa la población asistente. Por ello plantean la posibilidad de trabajar con técnicos responsables o promotores de prevención en sus respectivos ámbitos de influencia, generalmente de municipios medianos y pequeños, utilizando por tanto, el mismo método que en el ámbito escolar o el asociacionismo siendo los destinatarios de la formación los profesionales y mediadores, no los jóvenes.

- **Programa escolar:** el programa escolar ha experimentado dos tendencias: la primera ha sido la tendencia a trabajar menos con alumnos y más con profesores y progenitores, y la segunda ha consistido en construir redes estables con las que realizar una colaboración más intensiva. En lo referente al tipo de centros con los que se colabora cabe señalar que la tendencia, según ha ido avanzando el Plan, ha trabajado más con centros privados, religiosos y en zona urbana.



9 Actuaciones del Plan de Prevención

Fuente: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/66.pdf>

Elaborado por: Patricia Montolio (Plan de Prevención de Riesgos en la FCSZ)

- Centro de documentación: la biblioteca y el Centro de Documentación se plantean como un servicio que ofrece apoyo humano y soporte documental bibliográfico.

Para concluir, se puede confirmar gracias a la demanda que ha recibido la fundación, que este Plan de Prevención ha evolucionado constituyendo además, una iniciativa innovadora. Las características que abordan este Plan de Prevención son:

- la flexibilidad/adaptación
- la ampliación del ámbito de actuación
- la capacidad de innovación, muy relacionada con la capacidad de asumir riesgos.

La presencia de este problema en ambos tipos de programas, preventivo y asistencial ha dado lugar a un intercambio de información entre ellas y al descubrimiento de nuevas herramientas para abordar este problema. Por ejemplo: técnicas para mejorar la autoestima, el autocontrol, la comunicación, las habilidades sociales, etc. Existe una concordancia entre los programas, ya que la experiencia adquirida en asistencia permite orientar de forma adecuada los diferentes problemas que afectan cada vez a sectores más amplios de población. El punto adverso es la amenaza de sobrecarga de trabajo por la cantidad de funciones que deben asumir los profesionales.

6. Conclusiones

Haciendo un análisis de la información obtenida, he considerado que hay aspectos importantes a destacar.

El primero de ellos es que la sociedad aun no es consciente de que existen adicciones que todavía no se conocen como tal pero que están afectando al ámbito tanto social como profesional y, además, considero que no se les da la importancia que se les debería debido a que no existe sustancia. Con este tipo de adicciones me refiero al móvil o al internet.

El segundo aspecto es que el porcentaje de personas que comienzan algún tipo de tratamiento, es muy inferior al porcentaje que consumen algún tipo de sustancia y que necesitan ayuda, y por tanto, terapia.

En cuanto al Plan de Prevención de la fundación, especifico que a pesar de que dan a entender que es un Plan de Prevención Laboral, realmente se refieren a una orientación y asesoramiento para prevenir que la sociedad consuma drogas. Lo realizan de puertas para fuera y, simplemente, dan información acerca del tema.

Respecto a la inserción laboral, puedo decir que es un tema bastante aislado en la sociedad, pues a pesar de ser personas en exclusión social, no tienen prácticamente ningún tipo de ayuda para poder reinsertarse a trabajar. Realizan el procedimiento de cualquier persona que no haya sufrido esta situación.

En relación a las empresas, son pocas las que consideran este problema como un tema de salud, pues les queda mucho por trabajar para considerar este contenido como tal y de esta manera ayudar a las personas afectadas.

Por otro lado, la edad a la que se empieza a consumir drogas, lícitas o ilícitas, es cada vez más temprana, por lo que la sociedad debería trabajar más en ello.

Para concluir, en mi opinión se debería proporcionar más información acerca del problema que existe con las adicciones y no tratarlas como un tema tabú, porque la falta de información en muchas ocasiones es la que provoca que se consuma cada vez antes.

7. REFERENCIAS

7.1 Bibliografía

Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo y al Consejo. (15 de 3 de 2017).
Obtenido de <http://fileserv.idpc.net/library/COM-2017-195-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF>

Consumo de drogas a nivel mundial. (2017). Recuperado el 16 de 10 de 2018, de
https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Contitución española. (s.f.).

(2017). *CSZ - PH MEMORIA* .

Decreto 128/2009 de 21 de julio, del Gobierno de Aragón. (s.f.). Obtenido de Régimen de las empresas de inserción en Aragón: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=403073230404>

Definición adicción OMS. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
http://www.url.edu.gt/portaurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf

Definición adicción RAE. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=adicci%C3%B3n>

Definición drogodependencia OMS. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
<https://es.wikipedia.org/wiki/Drogodependencia>

Definición drogodependencia RAE. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=drogodependencia>

Definición siniestralidad laboral. (s.f.). Obtenido de
http://forestales.ibv.org/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=137

Definición Tricotilomanía. (s.f.). Obtenido de
www.psicoterapeutas.com/trastornos/tricotilomania.html

Domínguez, J. J. (s.f.). *Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral*. Obtenido de CEOE: https://contenidos.ceoe.es/CEOE/var/pool/pdf/publications_docs-file-228-informe-ejecutivo-sobre-el-consumo-de-alcohol-drogas-y-otras-sustancias-en-el-ambito-laboral.pdf

Drogas en Europa. (2017). Obtenido de <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf> DROGAS EN EUROPA 2017

Encuestas sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral en España. (2013-2014). Obtenido de Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Encuestas sobre Drogas en España. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional sobre drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>

Funciones del OEDA. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional Sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/funciones/oed.htm>

Fundación C.S.Z Proyecto Hombre Estudio de impacto social y económico. (s.f.).

Glosario de términos de alcohol y drogas. (s.f.). Obtenido de World Health Organization; Gobierno de España: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Iglesias, E. B., & Cortés, M. T. (s.f.). *MANUAL DE ADICCIONES PARA PSICÓLOGOS*. Recuperado el 2018 de 10 de 4, de <http://www.copib.es/pdf/Vocalies/VIH/adiccions.pdf>

II Plan Autonómico de Drogodependencias en Aragón. (2010-2016). Obtenido de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/>

Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf

Indicadores del OEDT. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional Sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Informe mundial sobre las drogas. (2017). Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Informes del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesOED.htm>

International Drug Policy Consortium. (s.f.). Obtenido de Convenciones de la ONU sobre fiscalización de drogas: <https://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/sistema-global-fiscalizacion-estupefacientes/convenciones-onu>

Investigaciones sobre la presencia de drogas en el mundo laboral. (s.f.). Obtenido de <http://madridsalud.es/investigaciones-sobre-la-presencia-de-las-drogas-en-el-mundo-laboral/>

La Prevención del riesgo de las adicciones en el medio laboral. (s.f.). Obtenido de UGT: http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf

Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento. (s.f.). Obtenido de National Institute on Drug: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf

Legislación española de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón. (s.f.). Obtenido de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/CCAA_norma/norma_aragon.pdf

Legislación Española sobre Drogas. (31 de 7 de 2018). Obtenido de Plan Nacional sobre Drogas: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf

Ley 3/2001 sobre drogas en Aragón. (s.f.). Obtenido de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Legislacion/Recopilaci%C3%B3n%20Cronol%C3%B3gica/2001/Ley%203-2001.pdf>

Ley Marco Contra el Narcotráfico, Prevención y Tratamiento de las Adicciones. (2009). Obtenido de http://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/exposiciones/exposicion-ley-narcotrafico-prevencion-adicciones-pma-3-dic-2010.pdf

Ley Marco Europeo sobre drogas ilícitas. (s.f.). Obtenido de <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004F0757:ES:HTML>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal. (s.f.). Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

Los tratados de fiscalización internacional de drogas. (2014). Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf

Mangado, E. O., & Madoz Gúrpide, A. (2008). *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral.*

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018). Recuperado el 19 de 9 de 2018, de Informe Europeo sobre Drogas: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf

OEDT en Europa; adicciones en general. (s.f.). Obtenido de <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:es:PDF>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (s.f.). Obtenido de <https://www.unodc.org/unodc/es/unodc.html>

Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). Obtenido de <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

Plan autonómico de Aragón de drogodependencias y otras conductas en Aragón. (s.f.). Obtenido de http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/Adicciones/ci.07_II_Plan_Autonómico_drogodependencias.detalleDepartamento?channelSelected=7ce514d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCRD

Plan de Prevención de Riesgos en la FCSZ. (s.f.). Obtenido de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/66.pdf>

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores. (s.f.). Obtenido de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/24/pdfs/BOE-A-2015-11430.pdf>

Servós, C. M., Pérez-Grueso, A. B., & Servós, C. M. (s.f.). *Informe sobre las empresas de inserción en España*. Obtenido de http://www.observatorioeconomiasocial.es/documentos/Serie_Informes_N4_Empresas_Insercion.pdf

Thoumi, F. (2008 de 7 de 3). *La normatividad internacional sobre drogas y la evaluación de los resultados de la Sesión Especial*. Recuperado el 2018 de 10 de 10, de Razón pública: <https://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/395-la-normatividad-internacional-sobre-drogas-y-la-evaluacion-de-los-resultados-de-la-sesion-especial-d.html>

Vega, M. d. (s.f.). *Adicciones y el mundo laboral*. Obtenido de <https://www.dianova.ngo/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova25-20140102.pdf>

7.2 Legislación

Decreto 128/2009 de 21 de julio, del Gobierno de Aragón. (s.f.). Obtenido de Régimen de las empresas de inserción en Aragón: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=403073230404>

Legislación española de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón. (s.f.). Obtenido de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planesAutonomicos/CCAA_norma/norma_aragon.pdf

Legislación Española sobre Drogas. (31 de 7 de 2018). Obtenido de Plan Nacional sobre Drogas: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf

Ley 3/2001 sobre drogas en Aragón. (s.f.). Obtenido de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Legislacion/Recopilaci%C3%B3n%20Cronol%C3%B3gica/2001/Ley%203-2001.pdf>

Ley Marco Contra el Narcotráfico, Prevención y Tratamiento de las Adicciones. (2009). Obtenido de http://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/exposiciones/exposicion-ley-narcotrafico-prevencion-adicciones-pma-3-dic-2010.pdf

Ley Marco Europeo sobre drogas ilícitas. (s.f.). Obtenido de <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004F0757:ES:HTML>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal. (s.f.). Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

7.3 Webgrafía

Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo y al Consejo. (15 de 3 de 2017).
Obtenido de <http://fileserv.idpc.net/library/COM-2017-195-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF>

Consumo de drogas a nivel mundial. (2017). Recuperado el 16 de 10 de 2018, de
https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Definición adicción OMS. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
http://www.url.edu.gt/portalurl/archivos/99/archivos/adicciones_completo.pdf

Definición adicción RAE. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=adicci%C3%B3n>

Definición drogodependencia OMS. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
<https://es.wikipedia.org/wiki/Drogodependencia>

Definición drogodependencia RAE. (s.f.). Recuperado el 10 de 10 de 2018, de
<http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=drogodependencia>

Definición siniestralidad laboral. (s.f.). Obtenido de
http://forestales.ibv.org/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=137

Definición Tricotilomanía. (s.f.). Obtenido de
www.psicoterapeutas.com/trastornos/tricotilomania.html

Domínguez, J. J. (s.f.). *Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral.* Obtenido de CEOE:
https://contenidos.ceoe.es/CEOE/var/pool/pdf/publications_docs-file-228-informe-ejecutivo-sobre-el-consumo-de-alcohol-drogas-y-otras-sustancias-en-el-ambito-laboral.pdf

Drogas en Europa. (2017). Obtenido de
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>
pdf DROGAS EN EUROPA 2017

Encuestas sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral en España.
(2013-2014). Obtenido de Observatorio Español de la Droga y las

Toxicomanías:

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>

Encuestas sobre Drogas en España. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional sobre drogas:

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>

Funciones del OEDA. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional Sobre Drogas:

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/funciones/oed.htm>

Glosario de términos de alcohol y drogas. (s.f.). Obtenido de World Health

Organization; Gobierno de España:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Iglesias, E. B., & Cortés, M. T. (s.f.). *MANUAL DE ADICCIONES PARA*

PSICÓLOGOS. Recuperado el 2018 de 10 de 4, de <http://www.copib.es/pdf/Vocalies/VIH/adiccions.pdf>

II Plan Autonómico de Drogodependencias en Aragón. (2010-2016). Obtenido de

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Profesionales/13_SaludPublica/12_Adicciones/IIPlan_Autonomico_Drogodependencias.pdf

Indicadores del OEDT. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional Sobre Drogas:

<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Informe mundial sobre las drogas. (2017). Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas:

https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Informes del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. (s.f.). Obtenido

de Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesOED.htm>

International Drug Policy Consortium. (s.f.). Obtenido de Convenciones de la ONU sobre fiscalización de drogas: <https://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/sistema-global-fiscalizacion-estupefacientes/convenciones-onu>

Investigaciones sobre la presencia de drogas en el mundo laboral. (s.f.). Obtenido de <http://madridsalud.es/investigaciones-sobre-la-presencia-de-las-drogas-en-el-mundo-laboral/>

La Prevención del riesgo de las adicciones en le medio laboral. (s.f.). Obtenido de UGT: http://www.ugt.es/sites/default/files/ntp_adicciones_medio_laboral.pdf

Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento. (s.f.). Obtenido de National Institute on Drug: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf

Los tratados de fiscalización internacional de drogas. (2014). Obtenido de Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf

Mangado, E. O., & Madoz Gúrpide, A. (2008). *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral.*

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (s.f.). Obtenido de Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018). Recuperado el 19 de 9 de 2018, de Informe Europeo sobre Drogas: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf

OEDT en Europa; adicciones en general. (s.f.). Obtenido de <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:es:PDF>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (s.f.). Obtenido de <https://www.unodc.org/unodc/es/unodc.html>

Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). Obtenido de <https://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

Plan autonómico de Aragón de drogodependencias y otras conductas en Aragón. (s.f.). Obtenido de http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/Sanidad/AreasTematicas/SanidadProfesionales/SaludPublica/Adicciones/ci.07_II_Plan_Autonómico_drogodependencias.detalleDepartamento?channelSelected=7ce514d66d9cb210VgnVCM100000450a15acRCRD

Plan de Prevención de Riesgos en la FCSZ. (s.f.). Obtenido de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/66.pdf>

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores. (s.f.). Obtenido de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/10/24/pdfs/BOE-A-2015-11430.pdf>

Servós, C. M., Pérez-Grueso, A. B., & Servós, C. M. (s.f.). *Informe sobre las empresas de inserción en España*. Obtenido de http://www.observatorioeconomiasocial.es/documentos/Serie_Informes_N4_Empresas_Insercion.pdf

Thoumi, F. (2008 de 7 de 3). *La normatividad internacional sobre drogas y la evaluación de los resultados de la Sesión Especial*. Recuperado el 2018 de 10 de 10, de Razón pública: <https://www.razonpublica.com/index.php/conflicto-drogas-y-paz-temas-30/395-la-normatividad-internacional-sobre-drogas-y-la-evaluacion-de-los-resultados-de-la-sesion-especial-d.html>

Vega, M. d. (s.f.). *Adicciones y el mundo laboral*. Obtenido de <https://www.dianova.ngo/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova25-20140102.pdf>

ANEXOS

Artículos del Código Penal relacionados con las adicciones

- **Artículo 20 apartado 2:** “El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.
- **Artículo 83, apartado 7:** “Participar en programas de deshabitación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos”.
- **Artículo 181, apartado 2:** “A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto”.
- **Artículo 301, apartado 1:** “La pena se impondrá en su mitad superior cuando los bienes tengan su origen en alguno de los delitos relacionados con el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas descritos en los artículos 368 a 372 de este Código. En estos supuestos se aplicarán las disposiciones contenidas en el artículo 374 de este Código”.
- **Artículo 368:** “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”.
- **Artículo 371, apartado 1:** “El que fabrique, transporte, distribuya, comercie o tenga en su poder equipos, materiales o sustancias enumeradas en el cuadro I y cuadro II de la Convención de Naciones Unidas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988, sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias

psicotrópicas, y cualesquiera otros productos adicionados al mismo Convenio o que se incluyan en otros futuros Convenios de la misma naturaleza, ratificados por España, a sabiendas de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícitas de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o para estos fines, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de los géneros o efectos”.

- **Artículo 374:** “En los delitos previstos en el párrafo segundo del apartado 1 del artículo 301 y en los artículos 368 a 372, además de las penas que corresponda imponer por el delito cometido, serán objeto de decomiso las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, los equipos, materiales y sustancias a que se refiere el artículo 371, así como los bienes, medios, instrumentos y ganancias con sujeción a lo dispuesto en los artículos 127 a 128 y a las siguientes normas especiales(...)”
- **Artículo 376:** “(...) Igualmente, en los casos previstos en los artículos 368 a 372, los jueces o tribunales podrán imponer la pena inferior en uno o dos grados al reo que, siendo drogodependiente en el momento de comisión de los hechos, acredite suficientemente que ha finalizado con éxito un tratamiento de deshabituación, siempre que la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no fuese de notoria importancia o de extrema gravedad”.
- **Artículo 379, apartado 2:** “Con las mismas penas será castigado el que condujere un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas. En todo caso será condenado con dichas penas el que condujere con una tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,60 miligramos por litro o con una tasa de alcohol en sangre superior a 1,2 gramos por litro”.
- **Artículo 383:** “El conductor que, requerido por un agente de la autoridad, se negare a someterse a las pruebas legalmente establecidas para la comprobación de las tasas de alcoholemia y la presencia de las drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas a que se refieren los artículos anteriores, será castigado con la penas de prisión de seis meses a un año y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años”.

Leyes en el ámbito laboral

- **REAL DECRETO LEGISLATIVO 2/2015, DE 23 DE OCTUBRE**, por el que se aprueba el texto refundido de la ley del estatuto de los trabajadores [deroga: real decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo. artículo 54.2.f). b.o.e. 24-10-2015]
- **LEY 5/2011, DE 29 DE MARZO**, de economía social
- **LEY 44/2007, DE 13 DE DICIEMBRE**, para la regulación del régimen de las empresas de inserción (modifica disposición adicional segunda de la ley 43/2006, de 29 de diciembre)
- **LEY 43/2006, DE 29 DE DICIEMBRE**, para la mejora del crecimiento y del empleo (modificada su disposición adicional segunda por la disposición final tercera de la ley 44/2007, de 13 de diciembre)
- **LEY 12/2001, DE 9 DE JULIO**, de medidas urgentes de reforma del mercado de trabajo para el incremento del empleo y la mejora de su calidad
- **LEY 36/1999, DE 18 DE OCTUBRE**, de concesión del subsidio de desempleo y de garantías de integración sociolaboral para los delincuentes toxicómanos que hayan visto suspendida la ejecución de su pena de conformidad con lo previsto en la legislación penal
- **REAL DECRETO 39/1997, DE 17 DE ENERO**, por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención
- **LEY 31/1995, DE 8 DE NOVIEMBRE**, de prevención de riesgos laborales
- La **ORDEN ESS/1338/2013, DE 11 DE JULIO**, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones a las actividades de promoción del trabajo autónomo, de la economía social y de la responsabilidad social de las empresas y para sufragar los gastos de funcionamiento de las asociaciones de trabajadores autónomos, de cooperativas, de sociedades laborales, de empresas de inserción y de otros entes representativos de la economía social de ámbito estatal y se convoca su concesión para el año 2013.

Leyes sobre adicciones y consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón

- **LEY 10/1989 DE 14 DE DICIEMBRE**, de protección de menores, establece como medidas de prevención y de apoyo, en el artículo 10, la elaboración de programas de prevención tendentes a evitar el deterioro del entorno familiar, garantizando los derechos del menor y disminuyendo los factores de riesgo de marginación, drogadicción o cualesquiera otros.
- **Ley 4/1987 DE 25 DE MARZO**, de ordenación de la acción social, en su artículo 1, establece el derecho de todos los ciudadanos al acceso a los diferentes sistemas públicos de protección social
- **DECRETO 343/2001, DE 18 DE DICIEMBRE**, del gobierno de Aragón, por el que se constituye la comisión interdepartamental de drogodependencias y el consejo asesor en drogodependencias.
- **ORDEN DE 27 DE JUNIO DE 2008**, por la que se regula, el funcionamiento de la comisión para ingresos y seguimiento de pacientes en centros sanitarios de rehabilitación de salud mental y comunidades terapéuticas de deshabituación