

Determinación de alcohol y drogas en la empresa.

Cabrero, E.*; Luna, A.**

* *Médico del Trabajo. Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe del Servicio Médico de RENFE Comunidad Valenciana y Región de Murcia.*

** *Médico del Trabajo. Catedrático de Toxicología y Legislación Sanitaria. Universidad de Murcia.*

Resumen

La determinación de alcohol y drogas al trabajador, en el reconocimiento médico o mediante muestreos, es legalmente posible en la empresa siempre que el consumo de sustancias tóxicas constituya un riesgo para el propio trabajador, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa. Deberá garantizarse el respeto a la intimidad y a la dignidad de la persona y mantenerse la confidencialidad de la información. Sólo se transmitirá al empresario aquellos datos relativos a la aptitud del trabajador.

Es éticamente deseable que exista un acuerdo escrito sobre su realización entre empresa y sindicatos, que se informe a los trabajadores o candidatos y conozcan que pueden ser sometidos a controles inesperados. Darán su conformidad escrita, tendrán garantías legales, técnicas y éticas de que los procesos de recogida, transporte y análisis se supervisarán por un médico, los resultados se valorarán por un médico y en caso de positividad se discutirán con el trabajador o candidato y se les informará de los recursos disponibles para el tratamiento adecuado.

Palabras Clave

Alcohol; drogas; legislación; ética; población laboral.

Summary

Alcohol and drugs screening to employees, by checking up or by testing, is lawfully possible in the workplace provided that the use of alcohol and drugs may involve risk for the individual, other employees or the public. Employees privacy and dignity must be guaranteed and the confidentiality of medical information must be respected. Any

— **Correspondencia a:** _____

Estanislao Cabrero Cabrero. • Cátedra de Medicina Legal y Toxicología.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia • Tel. 968 36 39 56 – 57. • 30100 Espinardo,
Murcia (España).



report given to the employer will only provide the information needed for work placement purposes.

It would be ethically desirable that a written resolution between employer and trade union were made, that employees and prospective employees were informed and that they knew that unexpected testing for alcohol and drugs could be made. Employees will give their written consent for screening. Collection, transportation, and analysis of specimens and the reporting of results should be guaranteed by high legal, technical, and ethical requirements, and the process should be carried out under the supervision of a qualified occupational doctor. Positive results should be evaluated and discussed by a qualified occupational doctor and the employee or applicant, and the latter should be informed of the availability of appropriate treatment resources.

Key Words

Alcohol; drugs; legislation; ethics; working population.

Résumé

La détermination d'alcool et des drogues au sein de l'entreprise aux travailleurs, lors d'un examen médical ou par un échantillon, est légalement possible lorsque la consommation de substances toxiques entraîne des risques pour ceux-ci, pour les autres travailleurs ou pour des tiers en rapport avec l'entreprise. Le respect à l'intimité et à la dignité de la personne doit être garanti et la confidentialité de l'information doit être respectée. Seulement on transmettra au patron les données relatives à l'aptitude du travailleur.

Il est éthiquement souhaitable qu'il y ait un accord écrit pour sa réalisation entre l'employeur et les syndicats, que les travailleurs et candidats soient informés, et qu'ils sachent qu'ils peuvent être soumis à des contrôles. Ils donneront leur conformité écrite. Ils auront des garanties légales, techniques et éthiques pour que le procès de recueillie, transport et analyse soit supervisés par un médecin qualifié. Les résultats seront évalués par celui-ci et en cas de positivité on discutera avec eux et ils seront informés des moyens à leur disposition pour un traitement convenable.

Mots clé

Alcool; drogues; législation; étiq; population de travailleurs.



I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno social de las drogodependencias afecta básicamente al adulto en su etapa productiva y le produce una pérdida importante de salud y origina a las empresas y a la sociedad unas repercusiones económicas importantes, lo que hace rentable un programa dirigido a la detección, tratamiento y reinserción de los trabajadores afectados, no sólo para promocionar su salud, sino también para evitar consecuencias perjudiciales a él, a sus propios compañeros y, en nuestro medio, a terceros (los usuarios del transporte) (Cabrero *et al.*, 1994, 1996, 1996, 1996; Gea *et al.*, 1996; Oficina Internacional del Trabajo, 1989). Pero además, estos riesgos pueden extenderse a trabajadores que manipulen sustancias potencialmente peligrosas (tóxicos, explosivos), alta tensión u otras energías peligrosas (presión, temperatura, radiación, etc.) y otros trabajos también relacionados con la seguridad pública (policía, bomberos, militares, servicios médicos), que no pueden permitirse estar bajo la influencia de las drogas o el alcohol u otras situaciones derivadas de su uso (abstinencia) cuando están de servicio (Wang y Poe, 1993; Trarieux y Coulondre, 1995; *World Health Organization*, 1993).

La consideración laboral dada a las personas que presentan un patrón de consumo abusivo de sustancias ha sido la impuesta por el conocimiento y la percepción que la sociedad, la empresa y la propia Medicina del Trabajo ha ido adquiriendo. Ha evolucionado desde la aplicación del Estatuto de los trabajadores (artículo 54.2 f, despido laboral procedente) de los primeros años, pasando por la no aptitud para su puesto de trabajo y fi-

nalizando por el desarrollo de programas contra las drogodependencias y el alcoholismo, que pretenden la máxima recuperación y la reinserción laboral y social del trabajador que ha estado afectado en un momento de su biografía laboral por esta enfermedad.

Existen, a nuestro modo de ver, tres cuestiones controvertidas sobre este tema y que trataremos en este artículo: 1. La obligación moral de realizar programas específicos de atención al trabajador toxicómano en la empresa; 2. La determinación de drogas y alcohol dentro de la empresa sólo se efectuará cuando las características del trabajo lo requieran; y 3. La comunicación solamente de la aptitud al empresario.

2. PROGRAMAS CONTRA LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MUNDO LABORAL

La coexistencia de unas condiciones de trabajo adversas, una personalidad predispuesta y/o dificultades biográficas pueden condicionar una toxicomanía (Rodríguez-Martos, 1997); pero dentro de ciertos márgenes el trabajo va actuar como factor de maduración y de estabilización personal y, por supuesto, en caso de un trabajador toxicómano su rehabilitación será más fácil de conseguir con un trabajo. Así, la Organización Mundial de la Salud (1985, 1988) y la Oficina Internacional del Trabajo (1989) expresan que el lugar de trabajo es el más adecuado y ventajoso para tratar al trabajador toxicómano, por numerosas razones: la mayoría se encuentran en edad laboral; una disminución del rendimiento puede descubrirse fácilmente y ser el signo inicial y único de la toxicomanía;



la posibilidad de la pérdida del empleo puede ser una motivación disuasoria; el coste de la rehabilitación es más rentable que enfrentarse al bajo rendimiento, a las jubilaciones anticipadas o a los accidentes y a la formación de un nuevo trabajador; por último, las posibilidades de recuperación son menores fuera del trabajo, por lo que la empresa no sólo puede servir para la identificación de forma precoz, sino también para ayudarles y tratarles, ofrecerles el apoyo y auxilio de los compañeros y es un lugar muy valioso para la educación sanitaria (Rodríguez-Martos, 1997).

Aún dentro de un mismo país, el abordaje de las toxicomanías es tratado de forma desigual por las distintas empresas (Oficina Internacional del Trabajo, 1989).

Hay empresas con un modelo punitivo en las que por falta de información, de formación o por convicción, cualquier caso que se les presenta es más o menos apartado del tejido laboral, por diversos métodos: incapacidad temporal estricta, excedencia, sanción, cese pactado, despido, etc.

Otra variedad de empresas, con un planteamiento casi tan peligroso como el anterior, que serían empresas tolerantes, responden a la pregunta con un "aquí no tenemos ese problema" o "¿cómo en una empresa de mis características van a darse estos problemas?". Cabe suponer que lo tienen y no lo ven o no quieren verlo. El trasfondo es pensar que aceptándolo darían una mala imagen organizativa (Comisiones Obreras, 1992).

Las empresas con un programa asistencial, éstas actúan con "queremos", "debemos" y/o "podemos hacer algo" (suelen tener también programas de prevención), a pesar de que

poseen grandes discrepancias que se concretan en: 1.- La población a investigar: los ingresos, la sometida a mayores riesgos, o todos los trabajadores. La legislación (artículo 22, Vigilancia de la Salud, de la Ley 31/1995, Prevención de Riesgos Laborales) recoge que se podrá verificar el estado de salud del trabajador cuando pueda constituir un peligro para él mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa (World Health Organization, 1993). 2.- Los métodos de investigación: el rendimiento, las referencias, los análisis incruentos (aire exhalado, orina, pelo,...) o cruentos (sangre). 3.- El coste del programa (asesoramiento, tratamiento y rehabilitación): empresa, empleado, Estado. 4.- El papel del ambiente de trabajo y la mejora de las condiciones de trabajo: la organización del trabajo, la tensión laboral, la exposición a sustancias peligrosas (Oficina Internacional del Trabajo, 1989).

La realización de un programa asistencial propio, concertado o adaptado a los existentes en la comunidad, es una condición ética previa para realizar cualquier acción en este sentido en la empresa. En los programas asistenciales, existen cuatro grupos (Oficina Internacional del Trabajo, 1989; Comisiones Obreras, 1992): a) de prevención: reducción de la disponibilidad; educación, divulgación de información. b) de referencia y asesoramiento. c) de tratamiento y rehabilitación. d) de apoyo para desarrollar programas de asistencia.

Los programas disuasorios, enmarcados dentro de los preventivos, básicamente consisten en prohibir el consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos psicótropos en determinados trabajos, sobre todo los relacionados con la conducción de ma-



quinaria pesada, conducción de mercancías peligrosas, etc.

La Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles (RENFE) en 1985, mediante circular de Dirección General nº 492, estableció la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas durante la jornada laboral y cinco horas antes de comenzar el trabajo en puestos relacionados con la circulación de trenes, ya que su consumo previo al trabajo puede interferir con su capacidad una vez en el mismo (Trarieux y Coulondre, 1995). En empresas con posibilidad de control de salida se puede ejercer la extensión de la prohibición a la expedición de bebidas en cantinas, restaurantes, máquinas expendedoras, etc; pero en empresas sin control de acceso y salida se hace imposible de cumplir. Entonces, la disuasión se consigue conociendo el trabajador que puede ser sometido a controles inesperados y periódicos (muestreros) que en nuestra empresa se vienen realizando desde 1985 para el alcohol (Cabrero *et al.*, 1994) y desde 1996 para las drogas ilegales, así como la determinación de los mismos tóxicos (cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, barbitúricos) en el reconocimiento médico (Cabrero *et al.*, 1996; Gómez-Acebo, 1987).

Asimismo, se desarrolla un programa preventivo que comenzó por formar al personal sanitario (médicos y enfermeros de empresa, psicólogos laborales, trabajadores sociales) mediante un curso de formador de formadores en drogodependencias de 32 horas de duración y a las personas más directamente implicadas (mandos y representantes sindicales) se les impartió cursos de 8 horas. Se continuó con la realización de campañas informativas que llegan a todos los puestos de trabajo mediante la distribución

de carteles, trípticos, calendarios, etc., incluso llegando a los hogares de todos los ferroviarios mediante la revista de la empresa *Líneas del tren*, y haciéndoles partícipes de cualquier actividad que se haya desarrollado en este sentido: campañas formativas (conferencias, introducción de la materia en cursos específicos para maquinistas "Conducción Segura"), actividades deportivas (campeonatos de fútbol-sala, cicloturismo, etc.) y culturales (carteles, murales, etc.).

La finalidad del Plan es la de ayudar al trabajador toxicómano mediante la información, el asesoramiento, la práctica del tratamiento correspondiente y la reinserción laboral. Se basa en la confidencialidad, la voluntariedad y en la participación colectiva y utiliza los medios propios de la Dirección de Servicios Médicos junto los recursos comunitarios públicos y privados a su disposición y una dotación presupuestaria de la empresa, que es un tercio del total del de política social de la empresa y ascendió en 1997 a 56.200.000 pesetas.

3. DETERMINACIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS EN EL MEDIO LABORAL

Si no existe peligro para el trabajador, para los compañeros o para terceros, no deben realizarse determinaciones de drogas en la empresa (Ameille *et al.*, 1989).

Los tóxicos legales e ilegales y los medicamentos usados con fines adictivos tienen un periodo de eliminación del organismo dependiendo de su cantidad, de las características de su consumo y de su biotransformación que interfieren con su determinación en ori-



na y que en muchos casos no coinciden con un consumo dentro de la jornada laboral ni, incluso, en los días laborables previos. Así, los períodos de detección son, de menor a mayor: ácido lisérgico (3-4 horas), alcohol (3-24 horas), éxtasis (1-2 días), metadona, metabolitos de opiáceos, morfina y heroína (2-4 días), anfetaminas (2-4 días), cocaína (2-4 días), cannabis (1-20 días), barbitúricos (1-21 días), benzodiazepinas (3-40 días) y fenciclidina (14-30 días) (Cabrera *et al.*, 1993; Moreno *et al.*, 1996; Chandía, 1993). Nosotros sólo conoceremos, ante un resultado positivo, que ha existido un consumo reciente pero no un consumo crónico, dependiente o abusivo (Ameille *et al.*, 1989).

Además, el toxicómano conoce perfectamente estos períodos y se abstendrá de consumir el tóxico los días que precise antes del reconocimiento médico, detectando sólo los consumidores imprudentes o los toxicómanos muy dependientes que han perdido la capacidad de abstenerse y que pueden ser diagnosticados por un interrogatorio y un examen clínico dirigido, junto con la presencia de antecedentes laborales de sospecha de consumo (absentismo, accidentabilidad, problemas de comportamiento con compañeros) (Cabrero *et al.*, 1996b, 1996c; Ameille *et al.*, 1989); de donde se desprende la utilidad de realizar muestreos inesperados de drogas en orina en el puesto de trabajo para aquellos cargos con responsabilidad en la circulación de trenes.

También debemos diferenciar correctamente entre consumo puntual, abusivo y dependiente, tanto de alcohol como de otras drogas, ya que el celo profesional respecto a la seguridad del transporte puede llevarnos al diagnóstico de esta enfermedad y su con-

secuencia inmediata en nuestra empresa es la separación del servicio activo de puestos de circulación de trenes que puede estigmatizar laboral y socialmente de por vida al trabajador y ser rechazado en el caso de ser un aspirante a ingreso (Cabrero *et al.*, 1996b; Ameille *et al.*, 1989).

3.1. ASPECTOS TÉCNICOS

3.1.1. DETECCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

El mejor método de detección sería la asunción por parte del enfermo alcohólico de su proceso. Pero dadas las características intrínsecas de las toxicomanías, es poco frecuente y menos aún en Medicina del Trabajo. Podemos ayudarnos de métodos más o menos indirectos para su diagnóstico, fundamentalmente de la anamnesis, de la exploración física, de las pruebas biológicas, de los cuestionarios y de la colaboración de familiares y conocidos.

En los últimos 30 años se han venido produciendo una serie de cambios conceptuales en la enfermedad alcohólica. Así, nuestra enfermedad tóxica clásica ha variado tanto que se ha pasado de estimular el consumo, "beber es cosa de hombres", a considerar la dosis de consumo cada vez menor. Se consideraba enfermo alcohólico al que consumía por encima de los 150 ml de etanol puro al día (Coullaut, 1970; Le Gô, 1972), después al que lo hacía por encima de la capacidad de etiloxidación del hígado (1 g. por Kg. de peso y día para el hombre y 0.5 g. para la mujer) (Aubà y Costa, 1989), y en la actualidad considerar sólo enfermo al que cumple los criterios de dependencia alcohólica definidos por



el *Diagnostic Statistical Manual-IV* (1995) (Pichot, 1997), junto con la utilización de nuevos conceptos ligados al consumo, como los de consumidor excesivo crónico de alcohol (*heavy drinkers*), por encima de 280 cc/semana de etanol para el hombre y 168 cc/semana para la mujer (Wallace *et al.*, 1988; Aubà *et al.*, 1993) y los de bebedor de riesgo, más de cuatro unidades de bebida cada dos días (1 unidad de bebida alcohólica = 8-10 cc de etanol; 1 cc de etanol, 1 ml de etanol o 1 g de etanol, son prácticamente cantidades similares) (Edwards *et al.*, 1997; Rodríguez-Martos, 1997).

Estos últimos conceptos hablan a favor de consumos que no van a generar patología, con lo cual estaremos previniendo la dependencia alcohólica y sus consecuencias (orgánicas, psíquicas, familiares, sociolaborales, etc.). Además, en el momento de realizar la anamnesis de consumo, se imparte un consejo de breve intensidad sobre hábitos higiénicos generales (tabaco, café, alcohol, alimentos, etc.) que pretende favorecer la disminución del consumo (Rodríguez-Martos, 1997).

La exploración física general puede también orientarse hacia la presencia de los llamados signos y síntomas menores del alcoholismo, algunos contenidos en el test de Le Gô (Le Gô, 1972; Cabrero *et al.*, 1996a). En este momento podemos pasar sistemática o puntualmente test psicométricos específicos (CAGE, *Münchner Alkoholismus Test*, *Michigan Alcoholism Screening Test*, Cuestionario Breve para Alcohólicos, Índice Clínico de Alcohol, etc.) (Girela *et al.*, 1994; Mateos y Rivera, 1994).

No podemos olvidar que las encuestas y los cuestionarios fallan en situaciones donde la persona explorada presenta importantes

defensas, y el mundo laboral es una de ellas (González *et al.*, 1991), aunque esta defensa puede minimizarse por el conocimiento diario que tenemos del trabajador.

Los marcadores biológicos clásicos de consumo crónico de alcohol, que van desde los que se consideran más específicos como el volumen corpuscular medio (VCM), la *g*-glutamyl transpeptidasa (gGT), la aspartato aminotransferasa (ASAT), la alanino aminotransferasa (ALAT), la fosfatasa alcalina, los cocientes entre varias, etc., a los más inespecíficos como la glucemia, el colesterol total, el ácido úrico, los triglicéridos, etc. Todos se encuentran recogidos en los exámenes analíticos rutinarios y suelen ser orientativos cuando existe alteración de alguno de ellos. La asociación de tres parámetros alterados es casi siempre significativa o, al menos, sugestiva de un alcoholismo crónico (Malka *et al.*, 1988). No obstante, la observación de un aumento simultáneo de gGT y VCM en ausencia de enfermedad subyacente que lo justifique debe hacer sospechar la existencia de alcoholismo. La utilidad práctica de la ASAT, gGT y VCM, principalmente en la detección temprana del alcoholismo y de manera especial en el diagnóstico de la hepatopatía alcohólica, parece un hecho fuera de toda duda (Vives, 1988). Algunas otras pueden ayudar a confirmar el diagnóstico, sobre todo ácido úrico y triglicéridos (Chevalier y Lambrozo, 1988; Olazabal, 1992).

Tal es el apoyo que los marcadores biológicos de consumo crónico de alcohol vienen prestando a la clínica, que continuamente se están proponiendo nuevas pruebas con la finalidad de incrementar la sensibilidad y la especificidad de su detección (transferrina deficiente en carbohidratos, ASAT-



mitocondrial, acetato,...) (Girela *et al.*, 1994; Schenllenberg *et al.*, 1989; Stadtmüller y Fliedner, 1993).

Por último, la determinación de alcohol en los líquidos corporales tiene sus ventajas, sus inconvenientes y sus pautas. Así, la alcoholemia y el alcohol en aire espirado son útiles para conocer en el momento de modo orientativo el grado de impregnación etílica pero no su dependencia, aunque una alcoholemia de 0,8 g/L sin signos clínicos de impregnación tóxica (tolerancia) es sugestiva de consumo excesivo habitual (Lund y Wolfe, 1986; Persson y Magnusson, 1988; Yuguero, 1990). El alcohol en aire espirado sería la prueba de detección y la de alcohol en sangre la de confirmación, que debe realizarse siempre que la primera sea positiva (Lewis y Paton, 1981; Olsen H, 1989; Malka *et al.*, 1988; Cabrero *et al.*, 1994).

3.1.2. DETECCIÓN DE CONSUMO DE DROGAS ILEGALES Y MEDICAMENTOS PSICOTROPOS

Los tóxicos que se analizan, generalmente en la orina, son: marihuana, cocaína, heroína, opiáceos (morfina, codeína), anfetaminas, fenciclidina y alcohol (Wang y Poe, 1993).

Los requisitos técnicos para detectar tóxicos en orina son su verificación mediante enzimoimmunoensayo y, en caso de positividad, su confirmación por cromatografía de gases con espectrofotometría de masas, desestimando la orina con un pH superior a 8 y una creatinina inferior a 0.5 g/L (Moore y Swafford, 1993; Cabrera *et al.*, 1993; Moreno *et al.*, 1996; Rebollar, 1993). Generalmente, se utilizan en caso de positividad las dos pruebas, la primera es una prueba selectiva de

bajo coste y rápida, la segunda más cara pero más exacta y fiable (Ameille *et al.*, 1989; Wang y Poe, 1993).

En la determinación de tóxicos en orina es importante la cadena de custodia. Esta requiere autenticar la misma, comprobar que la orina se corresponde con la del empleado comprobado y que no se adultera, para lo que el sujeto debe emitir la orina lo más ligero de ropa para que no pueda llevar una muestra oculta, lo hará detrás de un biombo o en un aseo con la llave de paso cerrada o con el agua coloreada y, en casos extremos, se comprobará mediante la proximidad la veracidad de la muestra: la audición de los sonidos de descarga de la orina y la temperatura. Las muestras estarán firmadas por el interesado y por el sanitario responsable (médico del trabajo, enfermero de empresa), llevarán un tapón autoprecinto y se transportarán en saca con precinto de seguridad. La toma de muestras será doble para posibilitar la realización de contranálisis en otro laboratorio en caso de positividad (Wang y Poe, 1993; Trarieux y Coulondre, 1995).

3.1.3. MÉTODOS DE DETECCIÓN SOCIOLABORALES

Los métodos indirectos son la valoración de las consecuencias sociolaborales de las drogodependencias: frecuente presentación de problemas de salud física o psíquica, medición del rendimiento laboral, ausencias esporádicas al trabajo, agotamiento irregular de los períodos vacacionales y de licencia, accidentes de trabajo y de tráfico, sanciones y cambios de puesto de trabajo, de residencia y de actividad laboral; además de las consecuencias sociofamiliares: riñas y diferencias con



la familia, amigos, compañeros o vecinos, problemas de relación, conflictos con la policía, dificultades económicas familiares (Oficina Internacional del Trabajo, 1989; Unión General de Trabajadores, 1987; Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996; Chandía, 1993; Cabrero et al, 1996b). La presentación de alguna o varias de estas situaciones puede hacernos pensar en las toxicomanías y conviene descontarlas como causa de los mismos.

3.2. ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS

Nuestro ordenamiento jurídico recoge derechos fundamentales de la personalidad (intimidad, dignidad, confidencialidad, salud, etc.) que no son derechos ilimitados y absolutos y que pueden entrar en conflicto con los derechos del resto de los trabajadores (ejemplo: derecho a la intimidad versus derecho a la salud y a la seguridad de compañeros y de terceros) (Berlinguer, 1996). Así, el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona (artículos 18.1 de la Constitución, 4.2 y 18 del Estatuto de los trabajadores, 10.1 de la Ley General de Sanidad y 22.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales) no quiere decir que por ello en los casos que hemos referido no pueda investigarse las condiciones psicofísicas en las que se trabaja. Entre otras, porque el resto de los demás trabajadores también tienen derecho a la salud, a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene (artículos 40.2 y 43.1 de la Constitución, 4.2.d y 19.1 del Estatuto de los trabajadores y 21.1 de la Ley General de Sanidad) y porque el propio trabajador está obligado a velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afec-

tar su actividad profesional, a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y las instrucciones del empresario (artículos 4.3.b y 19.2 del Estatuto de los trabajadores y 29.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

En 1985 iniciamos en nuestra empresa el enfoque de este problema. Su desarrollo ha sido coincidente con las normas sobre detección de drogas en el mundo laboral de la *American Occupational Medical Association* (1986), que expresa la respuesta a un problema común y que en síntesis constituyen el siguiente decálogo: 1. Existirán normas escritas e imparciales, 2. Existirá una necesidad empresarial razonable por cuestión de seguridad del trabajador, de los compañeros o del público y por la imagen de la empresa, 3. Los trabajadores y los candidatos estarán informados sobre las pruebas, la posibilidad de rechazo y sus consecuencias, 4. Los trabajadores conocerán que pueden ser sometidos a muestreos imparciales sin previo aviso, 5. Se recabará su consentimiento por escrito, para la realización y para la comunicación de los resultados al empresario, 6. La recogida, transporte y análisis de las muestras y la comunicación de los resultados tendrán todas las garantías legales, técnicas y éticas y serán supervisados por un médico cualificado, 7. Los resultados positivos serán valorados por un médico, 8. Los resultados positivos serán discutidos con el trabajador o candidato, 9. El empleado o candidato al que se detecten drogas de abuso deberá ser avisado de los recursos disponibles para el tratamiento adecuado, y 10. Se comunicará al empresario sólo la aptitud para el trabajo.



La determinación de alcohol y drogas al trabajador en la empresa, en el momento del reconocimiento médico o mediante controles, como ya hemos referido, es aconsejable siempre que su consumo constituya un riesgo por las características intrínsecas del trabajo (responsabilidad frente a terceros, energías potencialmente peligrosas) (Cabre-ro et al., 1994, 1996a, 1996b, 1996c; Gea et al., 1996; Oficina Internacional del Trabajo, 1989; Wang y Poe, 1993; Trarieux y Coulondre, 1995; *World Health Organization*, 1993). Más controvertida es la determinación para salvaguardar la imagen pública de la empresa, donde la catalogación de puestos puede realizarse con un criterio menos objetivo.

En nuestra empresa se realiza determinación de drogas en orina en el reconocimiento médico a todos los trabajadores con responsabilidad en la circulación de trenes (jefes de estación, enganchadores, guardagujas, maquinistas y guardabarreras), trabajadores que manipulan energía eléctrica de alta tensión (visitadores, de línea electrificada, de instalaciones de seguridad, de telecomunicaciones y de alumbrado y fuerza), otros trabajadores con responsabilidad hacia sus compañeros (conductores de carro-transbordador, puente-grua y carretillas) y empleados de atención al cliente (taquillas, información, intervención y ventas). Pero en la actualidad, únicamente a los primeros, al personal de circulación, se les efectúa control de drogas y alcohol sin previo aviso en el puesto de trabajo.

4. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS AL EMPRESARIO

Como acabamos de ver en las normas de la *American Occupational Medical Association* (1986) sólo se comunicará al empresario la información necesaria a efectos de asignación

de puesto de trabajo (Howland et al., 1996). El derecho a la confidencialidad está recogido en los artículos 10.3 de la Ley General de Sanidad y 22.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Pero además, el artículo 22.4 de esta última Ley expresa que "el acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador". Además de estar obligados por la anterior Ley, los códigos éticos de numerosas sociedades de Medicina del Trabajo recogen la confidencialidad de los datos médicos con referencia expresa a no informar al empleador "sobre diagnósticos o detalles de una naturaleza específica" (*American Occupational Medical Association* y *Association of Occupational and Environmental Clinics*, norma 7; *American College of Occupational and Environmental Medicine*, norma 6; *American Association of Occupational Health Nurses*, *American Industrial Hygiene Association* y *American Academy of Industrial Hygiene*, norma 3) (Brodkin et al, 1996; Teichman y Wester, 1994; Rothstein, 1997), y con mayor razón, datos concernientes a enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol y drogas (Amundsen, 1987; Teichman et al., 1995).

5. CONCLUSIONES

Las tres fases de la Medicina Preventiva se cumplen en este aspecto de la Medicina del Trabajo. La prevención primaria, al disminuir su disponibilidad, disminuir su consumo (métodos disuasorios) y mediante las campañas formativas e informativas y consejos durante



las visitas médicas. La prevención secundaria, al procurar el diagnóstico precoz y el tratamiento general y específico apropiado. Por último, la prevención terciaria mediante el seguimiento y la reinserción laboral (Mateos y Rivera, 1994; Fanelli *et al.*, 1994; Rodríguez-Martos, 1997), cumpliendo también con diversos preceptos legales de readaptación laboral (artículos 40.2 de la Constitución, 25.1 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 189 de la Ley General de la Seguridad Social y 21 de la Ley General de Sanidad).

En todos los casos, los agentes que inicien un tratamiento serán informados de su situación laboral y darán por escrito su conformidad con el mismo, además de existir la implicación de todos los estamentos de la empresa (mandos, representantes sindicales, Comités de Seguridad y Salud, Servicios Médicos, etc.) que pueden actuar como mediadores y garantes del programa.

Esta pauta debe incorporarse a la normativa laboral, reglamento de régimen interior o convenio colectivo de la empresa o sector de la producción (Rodríguez-Martos, 1997). En nuestra empresa, la atención al trabajador toxicómano se concreta en el Plan de Acción contra las Drogodependencias y el Alcoholismo, recogido en la Normativa Laboral en los artículos 560, Políticas y Objetivos, y 561, Desarrollo del Programa de Actuación (Programas de Prevención y de Atención y Reinserción Laboral).

El Plan expuesto define un marco operativo que garantiza el equilibrio necesario entre los bienes jurídicos en conflicto, y nos permite aportar un sistema de abordaje integral del problema difícil y complejo de las toxicomanías en el medio laboral.

BIBLIOGRAFÍA

Ameille, J.; Brochard, P.; Conso, F.; Efthymiou, ML.; Proteau, J.; Raix A. (1989). Médecine du travail et toxicomanies: À propos du dépistage urinaire des drogues. *Arch mal prof*, 50: 675-677.

American Occupational Medical Association (Committee Report). (1986). Drugs Screening in the Workplace: Ethical Guidelines. *J Occup Med*, 28: 1240-1241.

Amundsen, MA. (1987). Drug Testing Controversy. *J Occup Med*, 29: 97-98.

Aubà, J.; Costa J. (1989). Alcohol y población laboral. *Med Clin (Barc)*, 92: 658-660.

Aubà, J.; Serrano, M.; Frutos, D.; Mira, M. (1993). Rendimiento de las pruebas de laboratorio en la detección de bebedores excesivos en el medio laboral. *Med Clin (Barc)*, 100: 5-8.

Berlinguer, G. (1996). Conflictos y orientaciones éticas en la relación entre salud y trabajador. *Rev Esp Salud Pública*, 70: 367-384.

Brodkin, CA.; Frumkin, H.; Kirkland, KH.; Orris, P.; Schenk, M. (1996). AOEC Position Paper on the Organizational Code for Ethical Conduct. *J Occup Environ Med*, 38: 869-881.

Cabrera, R.; Mencías, F.; Río, PA. (1993). Determinación de drogas de abuso en medio laboral. Ejemplo de una gran empresa. *Medicina del Trabajo*, 2: 157-163.

Cabrero, E.; Osuna, E.; Luna, JD.; Jiménez, MC.; Box, M.; Luna, A. (1994). Estudio de un muestreo de alcohol exhalado en aire alveolar en una población de la Red Nacional de los Ferrocarriles Españoles. *Adicciones*, 6: 15-22.

Cabrero, E.; Barrios, I.; Osuna, E.; Luna, JD.; Jiménez, MC.; Luna, A. (1996). Detección del bebedor excesivo en el medio laboral me-



diante el test de Le Gô. *Adicciones*, 8: 321-329.

Cabrero, E.; Osuna, E.; Luna, J.D.; Jiménez, M.C.; Marín, J.; Luna, A. (1996). Consecuencias de las drogodependencias en el mundo laboral. *Adicciones*, 8: 419-428.

Cabrero, E.; Osuna, E.; Luna, J.D.; Jiménez, M.C.; Blanco, A.; Luna, A. (1996). Alcoolisme, absentéisme et accidents du travail dans une entreprise de transport espagnole. *Arch mal prof*, 57: 353-355.

Chandía, R. (1993). ¿Qué hacer con el alcoholismo y drogadicción en la empresa? *Seguridad en acción*, 46: 20-22.

Chevalier, A.; Lambrozo, J. (1988). Coût médico-social des complications de l'alcoolisme dans une grande entreprise. *Arch mal prof*, 49: 77-83.

Comisiones Obreras. (1992). *Orientaciones sobre intervención sindical en drogodependencias*, s.e., Madrid: Secretaría Confederal de Acción Sindical, 111.

Coullaut, R. (1970). El alcoholismo en los ferroviarios españoles. *Actas del XIII Congreso Internacional de la Union International de Médecins des Chemins de Fer*, Madrid, 409-435.

Edwards, G. et al. (1997). *Alcohol y Salud Pública*, s.e., Barcelona: Prous Science, 196.

Fanelli, C.; Bertagnolio, G.A.; Deitinger, P.; Macciocu, L. (1994). Il recupero personale et lavorativo dell'ex-tossicodipendente. *Prevenzioni Oggi*, 6: 45-55.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción - Equipo de Investigaciones Sociológicas. (1996). *La incidencia de las drogas en el*

mundo laboral, 1996, s.e., Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 258.

Gea, C.; Pérez, M.D.; Osuna, E.; Cabrero, E.; Luna, A. (1996). Prevalencia del abuso de alcohol en una población laboral del sector pesquero. *Adicciones*, 8: 267-276.

Girela, E.; Hernández, C.; Villanueva, E. (1994). Cuestionario CAGE y marcadores de alcoholismo: Aplicación para la detección de bebedores excesivos en una población laboral. *Mapfre Medicina*, 5: 33-38.

González, R.; Garriga, L.M.; Ceiro, L.; Reyes, J.M.; Calzadilla, L. (1991). Los cuestionarios breves y las pruebas hematológicas inespecíficas: estudio comparativo en dependientes alcohólicos y bebedores sociales. *Rev Esp Drogodep*, 16: 305-319.

Gómez-Acebo, A. (1987). Drogas y Trabajo: Actuación de los Servicios Médicos de Empresa. Problemática actual de los Servicios Médicos de Empresa ante el consumo de drogas y trabajo. *Med Segur Trab*, 34: 16-20.

Howland, J.; Mangione, T.W.; Lee, M.; Bell, N.; Levine, S. (1996). Employee Attitudes Toward Work-Site Alcohol Testing. *J Occup Environ Med*, 38: 1041-1046.

Le Gô, P.M. (1972). Comment dépister précocement une intoxication éthylique chronique. *Arch Mal Prof*, 23: 395-397.

Lewis KO; Paton, A. (1981). ABC of alcohol, Tools of Deteccion. *Br Med J*, 283: 1531-1532.

Lund AK; Wolfe, AC. (1986). Changes in the incidence of alcohol-impaired driving in he United States. *J Stud Alcohol*, 52: 293-301.

Malka, R.; Fouquet, P.; Vachonfrance, G. (1988). *Manual de alcoholología*. 1ª ed., Barcelona: Masson, 187.



- Mateos, J.; Rivera JC.** (1994). Abordaje médico-laboral del alcoholismo. *Medicina del Trabajo*, 3: 25-29.
- Moore, AB.; Swafford, LE.** (1993). Preemployment Urine Substance Screening. One-Year Experience of a Large Hospital System. *J Occup Med*, 35: 71-74.
- Moreno, M.; Portús, MV.; Arias, V.** (1996). Drogas de abuso en el medio laboral. Características. Interpretación de los resultados analíticos. *Medicina del Trabajo*, 5: 117-124.
- Olazabal, A.** (1992). Alcoholismo en el medio laboral. *Medicina del Trabajo*, 1: 249-263.
- Olsen, H.** (1989). Ethanol elimination rates determined by breath analysis as a marker of recent excessive ethanol consumption. *Scand J Clin Lab Invest*, 49: 359-365.
- Oficina Internacional del Trabajo.** (1989). *Alcohol y drogas. Programas de asistencia a los trabajadores (informes)*. s.e., Madrid: AGISA, 276.
- Persson, J.; Magnusson, PH.** (1988). Comparison between different methods of detecting patients with excessive consumption of alcohol. *Acta Med Scand*, 223: 101-109.
- Pichot, P.** (coordinador). (1997). *Diagnostic Statistical Manual-IV en Atención Primaria*, s.e., Barcelona: Masson, 236.
- Rebollar, A.** (1993). Screening y confirmación de drogas de abuso. *Salud Ocupacional*, 11: 28-33.
- Rodríguez-Martos, A.** (1997). El médico de empresa ante los problemas de alcohol. *Medicina del Trabajo*, 6: 167-177.
- Rothstein, MA.** (1997). A Proposed Revision of the ACOEM Code of Ethics. *J Occup Environ Med*, 39: 616-622.
- Schellenberg, F.; Bernard, JY.; Le Goff, AM.; Bourdin, C.; Weill, J.** (1989). Evaluation of carbohydrate-deficient transferrin compared with Tf index and other markers of alcohol abuse. *Alcohol Clin Exp Res*, 13: 605-610.
- Stadtmüller, K.; Fliedner, TM.** (1993). Arbeitsmedizinisch relevanter Alkoholmißbrauch: Mehr Klarheit durch neuen biologischen Marker? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 28: 527-529.
- Teichman, R.; Wester, MS.** (1994). The New ACOEM Code of Ethical Conduct. *J Occup Environ Med*, 36: 27-30.
- Teichman, R.; Cassidy, SO.; Brand-Rauf, P.; Wester, MS.; Cannella, J.; Goldberg, R.; Gresch, E.; McCunney, R.; Rischitelli, G.; Zanick, D.** (1995). ACOEM Position on the Confidentiality of Medical Information in the Workplace. *J Occup Environ Med*, 37: 594-596.
- Trarieux, R.; Coulondre, D.** (1995). Toxicomanies, problèmes de dépistage en milieu de travail et implications dans l'aptitude. *Arch mal prof*, 56: 564-566.
- Unión General de Trabajadores - Equipo de Investigaciones Sociológicas.** (1987). *Drogodependencias*, s.e., Madrid: Unión General de Trabajadores, 430.
- Vives, JL.** (1988). Sobre el valor de algunas pruebas de laboratorio en la detección del alcoholismo y enfermedad hepática alcohólica. *Med Clin (Barc)*, 91: 264-266.
- Wallace, P.; Cutler, S.; Haines, A.** (1988). Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J*, 297: 663-668.
- Wang CCK.; Poe, HK.** (1993). Pruebas del alcohol y drogas en los empleados como función de la gestión de la seguridad. *Notas y*



documentos del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo (número 1144), 3: 71-79.

World Health Organization. (1985). *Alcohol Policies in National Health and Development Planning*, s.e., Geneva:WHO Offset publication No. 89, 102.

World Health Organization. (1988). *Health Promotion for Working Populations*, s.e. Geneva: Report of a WHO Expert Committee (Technical Report Series 765), 49.

World Health Organization. (1993). *Health Promotion in the Workplace: Alcohol and Drug Abuse*, s.e. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 34.

Yuguero, J.L.; Rojo, J.E. (1990). Alcoholismo. *Medicine*, 5: 2687-2696.

AGRADECIMIENTOS

A Mirella Jerez y María Montoza.