

Sustancias
Psicoactivas
en la Población
Trabajadora

Diagnóstico Situacional Colombia 2006



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
Subcentro de Seguridad Social
y Riesgos Profesionales



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Comisión Interamericana
para el control del Abuso de Drogas

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Comisión Interamericana
para el control del Abuso de Drogas



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
Subcentro de Seguridad Social
y Riesgos Profesionales

ISBN 978-958-98220-2-9

Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social
Año Publicación 2007
Bogotá, Noviembre de 2007
© Derechos Reservados

Queda Prohibida la reproducción total o parcial de este documento, por cualquier medio escrito o visual sin previa autorización del autor.

Interventor

Aldemar Parra Espitia
Dirección General de Salud Pública
Ministerio de la Protección Social

Acompañamiento técnico

Dirección General de Riesgos Profesionales
Ministerio de la Protección Social



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Carlos Jorge Rodríguez Restrepo
Viceministro Técnico

Blanca Elvira Cajigas de Acosta
Viceministra de Salud y Bienestar

Andrés Fernando Palacios Chaverra
Viceministro de Relaciones Laborales

Rosa María Laborde Calderón
Secretaria General

Gilberto Álvarez Uribe
Director General de Salud Pública

Ana María Cabrera Videla
Directora General de Riesgos Profesionales



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Subcentro de Seguridad Social
y Riesgos Profesionales

Directora

Mabel Hernández Díaz
**Optómetra, Magíster en Administración de Salud
y Especialista en Salud Ocupacional**

Equipo Base de Investigación

Jorge Humberto Mejía Alfaro
**Médico Epidemiólogo y Especialista
en Salud Ocupacional**

Antonio María Flórez Rodríguez
Médico Magister en Drogodependencias

Juan Daniel Gómez Restrepo
Psicólogo Dipl-Psych; Dr. Phill

Germán Alonso Plazas Muñoz
Abogado

Guisella Roldán Camargo
Psicóloga

PRESENTACIÓN

El Ministerio de la Protección Social a través de las Direcciones Generales de Salud Pública y Riesgos Profesionales, ha identificado la necesidad de desarrollar acciones de intervención para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el sector empresarial, estructurando estrategias de prevención que articuladas con los esfuerzos y programas desarrollados en el ámbito educativo, familiar y comunitario fortalezcan los factores protectores y disminuyan los factores de riesgo identificados en esta problemática en el marco de la política nacional.

A lo largo de este documento se presentará una aproximación a través de técnicas de estimación rápida de la situación de consumo de sustancias psicoactivas en ambientes laborales en Colombia. En este sentido se ha recopilado información de distintas fuentes, identificando fortalezas y debilidades del conjunto de datos actualmente disponibles.

Este trabajo pretende reforzar la participación de la población general, porque contribuye a la definición de estrategias de intervención dirigidas tanto a la gestión de los riesgos, como a la potenciación de las dimensiones positivas de la salud, propiciando el bienestar a través del fortalecimiento de factores de protección en el lugar de trabajo.

En este diagnóstico se hizo énfasis en el consumo de sustancias legales, dado que las diferentes metodologías utilizadas revelaron dificultades para obtener información sobre el consumo de sustancias ilegales en este ámbito.

Invito a todos los colombianos y colombianas a utilizar este documento como marco de referencia en la implementación de estrategias de prevención y rehabilitación, para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

CONTENIDO

1.	Introducción	13
2.	Objetivos.....	14
2.1.	Objetivo General.....	14
2.2.	Objetivos Específicos	14
3.	Aspectos Metodológicos.....	15
3.1.	Metodología Cualitativa	16
3.2.	Metodología Cuantitativa.....	20
4.	Resultados.....	23
4.1.	Revisión documental	23
4.2.	Fundamentación Epidemiológica	41
4.3.	Cifras Estadísticas.....	43
4.4.	Grupos Focales	50
4.5.	Entrevista Informantes Clave	61
4.6.	Encuesta a Trabajadores.....	63
5.	Conclusiones	67
6.	Sugerencias y Recomendaciones	71
	Anexo	73
	Bibliografía.....	99

1. INTRODUCCIÓN

El abuso de alcohol y otras drogas, continúa siendo uno de los problemas más serios de la salud pública no sólo en los países desarrollados sino también para aquellos en desarrollo. El 4% de las cifras mundiales de la carga de enfermedad se imputaron al alcohol en el año 2000, siendo para América Latina el factor más importante de la carga de riesgo de las enfermedades. Cabe anotar que el abuso del alcohol es también responsable de trastornos neuropsiquiátricos, violencia doméstica, abuso y abandono de niños, y productividad laboral disminuida¹.

Según cálculos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el alcoholismo en América Latina afecta a unos 38 millones de personas, lo que representa casi el 10% de la población adulta, en una proporción de 10,4 hombres por cada mujer. Para el año 2002, de las 246.000 muertes estimadas que fueron relacionadas con el alcohol, alrededor de 61.000 fueron causadas por lesiones intencionales y no intencionales, las cuales habían podido ser prevenidas.

Colombia pertenece al grupo de países cuya población entre 15 a 64 años (donde se encuentra la población trabajadora) incrementa grandemente el riesgo de consumo, presentando proporciones de prevalencia en la población general de uso de sustancias psicoactivas consistentemente mayores, en relación con la prevalencia mundial.

Este documento presentará una aproximación de la situación de consumo de sustancias psicoactivas en ambientes laborales de Colombia, resultante de la revisión bibliográfica existente y de la aplicación de técnicas de estimación rápida (grupos focales y entrevistas a profundidad a informantes clave), a fin de propiciar espacios reflexivos sobre el tema.

Agradecemos a todas aquellas personas que participaron y apoyaron el desarrollo de este diagnóstico..

Colombia pertenece al grupo de países cuya población entre 15 a 64 años (donde se encuentra la población trabajadora) incrementa grandemente el riesgo de consumo.

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Invertir en Salud Mental*. Ginebra, 2004. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Construir un diagnóstico que de cuenta de las condiciones de consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales...

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Elaborar un diagnóstico situacional que de cuenta de las condiciones de consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales, la atención de la problemática, los recursos técnicos y financieros, así como de experiencias desarrolladas en este escenario con base en el ejercicio de la revisión y análisis bibliográfico y la experticia y conocimiento de los profesionales.

2.2. Objetivos Específicos

- Definir las variables para considerar con el fin de construir los instrumentos de recolección de información cualitativa y cuantitativa.
- Aplicar los instrumentos para conocer las percepciones de los diferentes actores del sistema de riesgos profesionales (Administradoras de Riesgos Profesionales, Centros de Atención en Drogadicción, profesionales de recursos humanos y trabajadores de las empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales) ante el consumo del alcohol, el tabaco y otras drogas, a partir de la utilización de metodologías de investigación cuanti-cualitativas.
- Construir un diagnóstico que dé cuenta de las condiciones de consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales, la atención de la problemática, los recursos técnicos y financieros, así como de experiencias desarrolladas en este escenario, partiendo de la información documental, de la información obtenida a través de las entrevistas con informantes clave y de los grupos focales.

3. ASPECTOS METODÓLOGICOS

Para alcanzar con éxito y de manera rigurosa los objetivos del estudio, se requiere desarrollar un constructo metodológico que aborde técnicas cualitativas y cuantitativas, dado que los problemas de investigación en salud son tan complejos que requieren diversos modos de ser abordados; en especial, cuando detrás del problema que se estudia se descubre la influencia de componentes culturales, de comportamientos o de creencias, son necesarios diseños flexibles que permitan al investigador comprender la realidad y el entorno donde se produce.

Dado que los problemas de investigación en salud son tan complejos que requieren diversos modos de ser abordados.

Los criterios descritos por Delgado y Gutiérrez (1995)² soportan la justificación de elegir la entrevista semiestructurada como instrumento principal para la recolección de datos, considerando que:

- Para conocer una unidad sociocultural se puede recurrir a la interrogación de sus miembros.
- Cada miembro es una síntesis global portadora de los hechos y normas dominantes de esta unidad social.
- Las posibilidades de expresión discursiva son básicamente las mismas para todos los miembros de una sociedad.
- La respuesta a una pregunta expresa directamente los hechos y las normas dominantes.
- Las respuestas son sustentadas individualmente por cada persona y revela su propia opinión.

Tomando como base metodologías de estimación rápida, se procede a realizar las siguientes estrategias de recolección de información para la construcción del diagnóstico situacional:

En el apartado cuantitativo se ha utilizado la técnica de encuesta personal, mediante cuestionario formalizado para los trabajadores y profesionales encargados de salud ocupacional en las empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales, y una entrevista a los encargados

2. DELGADO, J & GUTIÉRREZ J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.* Madrid, 1995.

del área de promoción y prevención de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP's).

Entre las técnicas cualitativas habitualmente utilizadas, se ha optado por el empleo de grupos focales.

A partir de la información recolectada en la primera fase del proyecto (revisión documental y bibliográfica) se logró hacer un primer documento de referencia que fundamentó las variables para considerar en la realización de los grupos focales, en un proceso de interpretación y análisis de la información recolectada. Los ejes conceptuales construidos a lo largo de la investigación se constituyeron en referentes permanentes para el análisis, mediante un proceso de confrontación con la información registrada.

Para obtener niveles de certeza se combinaron las siguientes formas de validación: la búsqueda exhaustiva de fuentes por parte del equipo de investigación, la consulta a los asesores temáticos y metodológicos, el juicio de expertos y la comparación de la información recopilada con el marco referencial.

3.1. Metodología Cualitativa

A partir de la información recolectada en la primera fase del proyecto (revisión documental y bibliográfica) se logró hacer un primer documento de referencia que fundamentó las variables a considerar en la realización de los grupos focales.

A través de la metodología de grupos focales se procedió a realizar sesiones para identificar la situación actual del tema objeto del contrato, convocando los siguientes actores del sistema:

- Trabajadores de los sectores de construcción, transporte, eléctrico, financiero y salud.
- Representantes de promoción y prevención de las Administradoras de Riesgos Profesionales.
- Representantes de los Centros de Atención en Drogradicción.

Las entrevistas realizadas a los grupos focales integrados por trabajadores de sectores económicos identificados como vulnerables, permite realizar una aproximación a las diferentes percepciones que éstos tienen acerca del consumo de sustancias psicoactivas: las circunstancias que inducen a su consumo y los factores asociados o relacionados con dicha problemática.

3.1.1. ¿Qué es un grupo focal? Se habla de grupo focal generalmente asociando esta actividad a una discusión organizada sobre una temática específica, cuyo objetivo es el conocimiento de la percepción por parte de los asistentes sobre un tema que toca a lo social. Korman³ define un grupo focal como: “Una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación”. Los grupos focales permiten obtener múltiples opiniones y procesos emocionales dentro de un contexto social.

Esta técnica debe lograr una interacción entre los participantes de tal manera que se discuta el tema de investigación y posteriormente se

3. Revista Electrónica No. 7
http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm

llegue a acuerdos dirigidos por el facilitador, para llegar a conclusiones producto de la interacción y elaboración de consenso entre todos los participantes.

El grupo focal busca obtener una exploración abierta y sistemática sobre un tema previamente preparado con un guión en un lenguaje claro y sencillo que permita a los participantes acceder al tema sin importar las circunstancias, la persona o el contexto cultural. En el grupo focal, el investigador recrea, genera o precipita una dinámica al desarrollar un guión de discusión a partir de las temáticas - preguntas. En este sentido los grupos focales no son naturales sino organizados. Para el desarrollo de los mismos el facilitador debe tener una actitud activa y receptiva a todas las conductas y variables de tono y lenguaje verbal y no verbal de cada uno de los participantes, puesto que se pueden presentar diversos tipos de comportamiento así como manifestarse sentimientos (agresividad, antipatías, creencias, etc.). Es importante tomar atenta nota del comportamiento del grupo y de cada participante en particular.

Es recomendable que cada participante sepa clara y ampliamente el propósito de la reunión, e insistir en que su objetivo es conocer su opinión y su percepción, en su forma natural de expresión y su lenguaje. Así mismo, se debe aclarar e informar por qué razón se toma nota o se está grabando.

A manera de conclusión, la técnica de grupos focales se implementa a través de una metodología de sesiones de grupo donde las personas son escogidas con el fin de obtener información acerca de sus puntos de vista, percepciones o conocimiento sobre un tema ya planteado. Se lleva a cabo por medio de una conversación dirigida por un moderador o facilitador. Se genera un espacio de “opinión grupal”, en donde las opiniones quedan reguladas en el intercambio grupal. Lo recomendable para evitar el sesgo y permitir comparaciones, es mínimo una sesión con dos grupos.

3.1.2. Características:

- Se utilizan muestras pequeñas de conveniencia o por grupos.
- La información que se busca se relaciona con las motivaciones, las creencias, los sentimientos y la actitud de los encuestados.
- Se utiliza un enfoque intuitivo y subjetivo en la recolección de datos.
- El formato de recolección de datos es de respuesta abierta.
- El enfoque no pretende suministrar datos estadísticos o científicos exactos.
- El ambiente natural y el contexto que se da el asunto o problema es la fuente directa y primaria y la labor del investigador constituye ser el instrumento clave en la investigación.
- La recolección de los datos es verbal.
- El análisis de los datos se da más de modo inductivo.
- Se interesa mucho en saber cómo los sujetos en una investigación piensan y qué significado tienen sus perspectivas en el asunto que se investiga.

La técnica de grupos focales se implementa a través de una metodología de sesiones de grupo.

3.1.3. Desarrollo de los grupos focales. En el desarrollo de los grupos focales es necesario que el facilitador cree un ambiente de comunicación entre los participantes y permita hablar entre sí, hacer preguntas, expresar dudas y opiniones; debe tener la suficiente experiencia para mantener el hilo conductor sobre la temática de manera que no se presenten ideas que por su ideología se impongan al grupo. No se espera que las personas en un grupo focal expresen sus propios puntos de vista, puesto que hablan dentro de un contexto y cultura específica y es por esto que, se debe separar el discurso personal del colectivo; esta técnica nos muestra los puntos de vista colectivos. Generalmente pueden ser contradictorios con la opinión individual (externa al grupo), por lo cual hay que resaltar que los acuerdos y conclusiones son colectivos y la responsabilidad de ellos es compartida grupalmente.

3.1.4. Ficha técnica

1. Establecer objetivos
 - Definición del problema que se va a resolver.
 - Definición de los objetivos de la investigación
¿Qué información se necesita?
2. Determinar el diseño de la investigación.
 - Perfil de los participantes
 - Tamaño de los grupos}
 - Número de grupos
 - Duración de las sesiones.
 - Lugar de las sesiones de grupo.
3. Establecer el presupuesto.
 - Costos esperados del moderador, de las instalaciones, de los participantes.
 - Nivel de incentivos para los participantes.
 - Costos de análisis de los resultados del grupo foco.
4. Encontrar un lugar para desarrollar la sesión de grupo.
 - Atmósfera relajada y cómoda.
 - Disponibilidad de equipos.
 - Medios de observación.
 - Accesibilidad a los miembros del grupo foco.
5. Evaluar y seleccionar los miembros.
 - Considerar la homogeneidad del grupo.
 - Determinar los perfiles de los integrantes.
6. Seleccionar un moderador.
 - Experiencia previa.
 - Conocimiento del tema de la investigación.
 - Disponibilidad.
 - Uso de uno o más moderadores, alternando.
 - Alta experiencia en manejo y dinámica de grupo, con habilidades para estimular la discusión, con capacidad de escucha.
 - El moderador es el encargado de generar un ambiente de confianza y cordialidad para que los participantes hablen sin problemas.

No se espera que las personas en un grupo focal expresen sus propios puntos de vista, puesto que hablan dentro de un contexto y cultura específica y es por esto que, se debe separar el discurso personal del colectivo.

7. Elaborar un guía o agenda del moderador.
 - Objetivos de la investigación.
 - Temas para cubrir.
 - Tiempo asignado.
8. Realizar las sesiones de grupo.
9. Analizar los resultados.
 - Compilar todos los datos en información significativa.
 - Síntesis e integración de la información.
 - En el documento prepondera más un análisis descriptivo coherente que pretende lograr una interpretación minuciosa y detallada del asunto o problema de investigación.
10. Informe y conclusiones.
 - Las conclusiones se infieren continuamente durante el proceso.
 - Son retomadas de los consensos de los grupos.

3.1.5. Trabajo de campo

3.1.5.1. Definición del Problema. Como resultante de la revisión documental existente a la fecha en Colombia, en relación con el consumo de drogas en el ambiente de trabajo, se hace necesario establecer una metodología de investigación cualitativa que permita identificar los factores asociados en ambientes laborales, la atención de la problemática, los recursos técnicos y financieros, así como de experiencias desarrolladas en este escenario.

3.1.5.2. Objetivo general de los grupos focales. Conocer la percepción de los participantes al grupo focal (trabajadores, Administradoras de Riesgos Profesionales y Centros de Atención en Drogadicción) sobre el consumo de sustancias psicoactivas en ambientes laborales, para realizar un diagnóstico situacional sobre las condiciones de consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

3.1.5.3. Grupo objetivo. Se seleccionaron seis grupos con las siguientes características.

- Sector Transporte (1 grupo)
- Sector Construcción (1 grupo)
- Sector Financiero (2 grupos)
- Sector Salud (1 grupo)
- Sector Eléctrico (1 grupo)

Se eligieron trabajadores de diferentes niveles de la organización, de sectores económicos que por sus riesgos ocupacionales se consideran de mayor relevancia o pertinencia y los factores de riesgo asociados. (Manejo de dinero, riesgo de accidente, horarios extendidos, condiciones extremas, presiones externas, etc.)

- **Representantes de los Centros de Atención en Drogadicción -CAD.**

Las personas que laboran en este segmento pueden brindar su percepción acerca del abuso de sustancias desde la perspectiva institucional; a partir

Se eligieron trabajadores de diferentes niveles de la organización, de sectores económicos que por sus riesgos ocupacionales se consideran de mayor relevancia.

de los datos registrados, podrían informar sobre el tipo de personas que más requieren de estos servicios, perfil de las personas que de acuerdo a su actividad laboral acuden con mayor frecuencia a ellos.

- **Representantes de las Administradoras de Riesgos Profesionales.**

Este grupo dará a conocer la percepción desde la perspectiva de entidad, quien debe velar por la prevención, la atención y por el desarrollo de programas enfocados a la seguridad de los trabajadores. Así mismo permitirá conocer las experiencias institucionales de atención (recursos de las empresas), prevención e intervención y saber cuál es su percepción acerca del consumo de SPA relacionada con los accidentes y el ausentismo laboral.

3.1.5.4. Características generales

- Moderador de las sesiones: Psicólogo especializado en manejo y dinámicas de grupo que ha participado en todas las sesiones técnicas del equipo asignado al proyecto y un psicólogo relator que registra la información obtenida por respuestas de los participantes.
- El tamaño del grupo osciló entre 4 y 12 personas por cada uno.
- La duración de las sesiones osciló entre una y dos horas, las cuales se realizaron en las instalaciones de la Pontificia Universidad Javeriana y fueron grabadas en audio, previa autorización del grupo de participantes.
- Al inicio de las sesiones se comunicó a los participantes la garantía de confidencialidad de la información particular y su identidad suministrada durante las sesiones.

3.2. Metodología Cuantitativa

Bajo este enfoque se realizó entrevista a informantes clave (los representantes de promoción y prevención de las Administradoras de Riesgos Profesionales); entrevista a 10 empresas del sector productivo del país y encuesta a trabajadores participantes de las sesiones de capacitación de las empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales.

- Entrevistas a informantes clave: se recolectó información a través de entrevistas con los representantes de cada Administradora de Riesgos Profesionales, sobre los modelos de prevención de consumo de SPA existentes, que puedan servir para la caracterización de la respuesta que desde el marco institucional (empleador-ARP) se da a la problemática.

La entrevista permitió identificar los elementos característicos de la atención a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, aportando datos que permitan construir el diagnóstico situacional.

La duración de cada una de ellas fue de aproximadamente de una hora y media, las preguntas se formularon con base en las variables identificadas por el grupo de investigación para dar respuesta a los interrogantes planteados por el Ministerio de la Protección Social. Ver anexo 1. Instrumentos de recolección de información.

La entrevista permitirá identificar los elementos característicos de la atención a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas.

De igual manera, se realizaron entrevistas a los representantes de promoción y prevención de las Empresas Promotoras de Salud, Organizaciones particulares que han desarrollado actividades de prevención en drogas, sindicatos y asociaciones profesionales.

- Encuesta a trabajadores: A los grupos de trabajadores que reciben capacitación por parte de las ARP's, se aplicó una encuesta dirigida, que permitió identificar la percepción frente al consumo de sustancias psicoactivas y las acciones de intervención que se han realizado en cada una de sus empresas.

La encuesta se realizó en grupos para ser diligenciada por cada trabajador, acompañado de un orientador. Al inicio de la actividad, el orientador explicó a los informantes los objetivos de la investigación, dió a conocer las instituciones responsables de su ejecución y la utilidad de los datos por recolectar, destacando la importancia de su colaboración; de igual manera mencionó los mecanismos que garantizan el carácter confidencial de la información, tanto en la recolección como en el procesamiento de la misma.

En la encuesta se aplicó un formulario semiestructurado, con 11 preguntas, distribuidas en 4 ítems, así:

Generalidades del formulario:

- Actividad económica, Fecha de diligenciamiento.
- Variables sociodemográficas: Esta área nos permite identificar al entrevistado, en los rasgos generales característicos como la edad y el sexo.

Consumo de sustancias psicoactivas:

- Pregunta 1. Se solicitó información respecto su percepción de consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales (cigarrillo, bebidas alcohólicas, marihuana, basuco, inhalables, cocaína, éxtasis, entre otras).
- Preguntas 2, 3, y 4. Se indagó sobre las variables generales que constituyen los patrones de consumo (frecuencia, lugar, razón de consumo, factores de riesgo).

Características del ámbito laboral:

- Pregunta 5. Se solicitó información relacionada con los factores que por percepción podrían llevar al consumo.
- Preguntas 6 y 7. Se indagó sobre las estrategias para atención.
- Preguntas 8, 9, 10 y 11 Solicitó información sobre estrategias de prevención existentes en su sector o empresa.

De manera complementaria se seleccionaron 10 empresas afiliadas al Sistema referidas por las Administradoras de Riesgos Profesionales, para realizar una entrevista presencial semiestructurada, con el objetivo de recoger información sobre el desarrollo de los programas

La encuesta se realizó en grupos para ser diligenciada por cada trabajador, acompañado de un orientador.

o actividades relacionadas con la prevención del consumo de SPA en sus trabajadores.

Este instrumento fue construido mediante un procedimiento que consistió en:

Presentación inicial: La encuesta se diseñó con preguntas en su mayoría probadas en España, dándose a conocer al grupo de investigadores en la propuesta del proyecto de investigación.

Primera revisión del instrumento: se eliminaron preguntas relacionadas con el trabajo, enfocando la encuesta más hacia el de consumo (qué sustancia, lugares de consumo, por qué consumen, factores asociados en el trabajo y acciones de intervención), con adecuación del lenguaje.

Aprobación de instrumento definitivo: se hizo una minuciosa revisión, con el equipo de la última versión de encuesta. El formulario fue discutido, revisado y aprobado por el profesional asignado.

3.2.1. Trabajo de campo. Durante los meses de mayo, junio, julio del año 2006 se contactaron los representantes de los programas de formación masiva en cada una de las ARP's para identificar los grupos de trabajadores que responderían la encuesta. A partir de la programación establecida en cada una de ellas, luego de la autorización de la ARP, se aplicó la encuesta al grupo de participantes al finalizar la primera parte del evento de capacitación, explicando al grupo de participantes los mecanismos garantes de carácter confidencial de la información, tanto en la recolección como en el procesamiento de la misma.

Calidad de la información: En el proceso de registro se revisaron las encuestas enviadas y se seleccionaron aquellas que cumplían con los requisitos, con el fin de detectar inconsistencias en la información.

Análisis de la información: Los resultados de las entrevistas y encuestas se digitaron en una base de datos que permitió hacer el cruce de información aportando datos que respondieran las preguntas formuladas.

Se contactaron los representantes de los programas de formación masiva en cada una de las ARP's para identificar los grupos de trabajadores que responderían la encuesta.

4. RESULTADOS

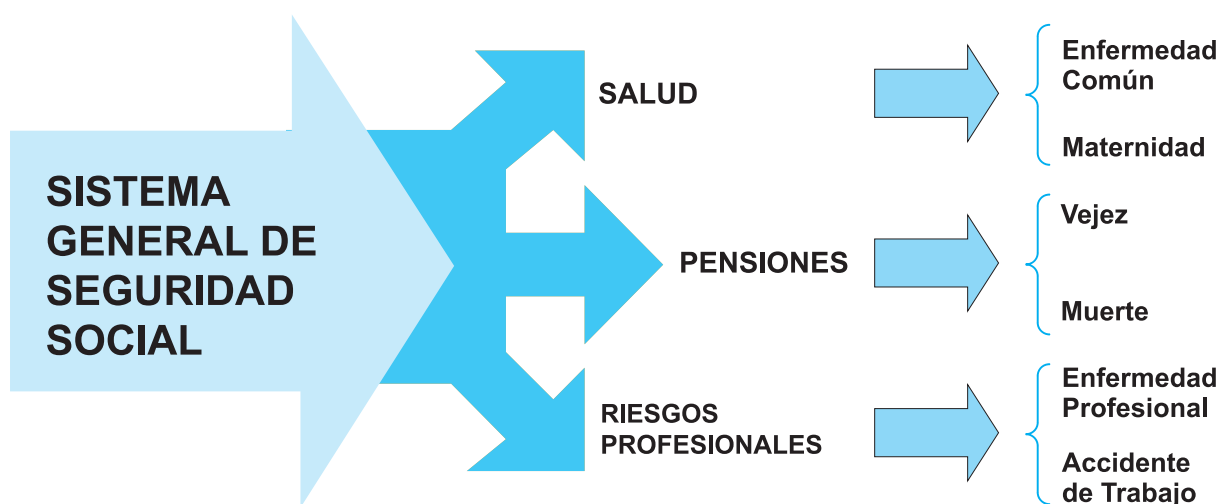
Se presentarán los resultados de manera independiente tanto para la metodología cuantitativa como para la cualitativa, dando inicialmente un marco de referencia resultante de la revisión documental realizada.

4.1. Revisión Documental

4.1.1. Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. A partir de la Ley 100 de 1993 Colombia presenta el modelo de un Sistema de Seguridad Social constituido por tres (3) sistemas a saber: salud, pensiones y riesgos profesionales; en los cuales confluyen instituciones e instancias con funciones específicas (ver cuadro 1). La articulación de cada uno de estos organismos, está sujeta al flujo de recursos financieros, de información y de servicios necesarios para cumplir con sus objetivos y cobertura a calamidades del afiliado así:

Se presentarán los resultados de manera independiente tanto para la metodología cuantitativa como para la cualitativa.

Gráfico 1. Estructura del Sistema de Seguridad Social Integral



Cuadro 1. Componentes del Sistema de Seguridad Social Integral

Aspecto	Salud	Pensiones	Riesgos Profesionales
Objetivo	Mejorar las condiciones de salud de la vida de todos los habitantes, regulando el servicio público y permitiendo el acceso de la población a los servicios en todos los niveles de atención.	Garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y las prestaciones consagradas en la ley.	Prevenir, proteger y atender los trabajadores de los efectos de las enfermedades y accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo o labor que desarrollan.
Plan de Beneficios	Plan de Atención Básica Plan Obligatorio de Salud – POS- Plan Obligatorio de Salud Subsidiado Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito Planes Complementarios	Pensión por Vejez Pensión por invalidez Pensión de Sobrevivientes Auxilio Funerario	Asesoría en programas de promoción y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en la población trabajadora Servicios Asistenciales Prestaciones Económicas por incapacidad, invalidez o muerte Auxilio funerario
Usuarios	Afiliados y beneficiarios Vinculados	Afiliados y beneficiarios Empleadores	Afiliados y beneficiarios Aportantes
Organismos de Administración de Recursos	Entidades Promotoras de Salud –EPS Administradoras del Régimen Subsidiado Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud El Fondo de Solidaridad y Garantía	Fondos Privados de Pensiones y Cesantías. Instituto de Seguros Sociales	Administradoras de Riesgos Profesionales El Fondo de Riesgos Profesionales
Instituciones Prestadoras de Servicios	IPS's públicas y privadas		IPS's persona jurídica o natural

Aspecto	Salud	Pensiones	Riesgos Profesionales
Organismos de Dirección Vigilancia y Control	Ministerio de La Protección Social El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Financiera Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud	Ministerio de la Protección Social Superintendencia Financiera	Ministerio de la Protección Social Superintendencia Financiera Superintendencia Nacional de Salud Consejo Nacional de Riesgos Profesionales Comités de Salud Ocupacional (Nacional, Seccionales y Locales).

Es así como, el Sistema de Seguridad Social Colombiano, identifica los actores que en diferentes niveles realizan intervenciones para impactar la salud de su población, articulando esfuerzos entre los sistemas de salud y riesgos profesionales para responder a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora.

Como se muestra en la gráfico 2, los niveles de intervención tendrían tres instancias:

- Colectivo, que resulta de la formulación y aplicación de políticas públicas orientadas a la reducción del consumo y al fortalecimiento de los estilos de vida saludables de la población Colombiana, en cabeza del Ministerio de la Protección Social.
- Específico, como respuesta a las condiciones particulares resultantes del proceso de afiliación al sistema a través de las EPS's y las ARP's, que requieren prestación de servicios especiales.
- Individual, resultante de la interacción entre las instituciones prestadoras de servicios de salud general y ocupacional con su afiliado o beneficiario que formula planes de intervención personales.

Gráfico 2. Escenarios complementarios de intervención. SGSS para la prevención del consumo de SPA en Colombia



Para la población que no se encuentra en alguno de estos regímenes se les denomina “vinculados”.

Haciendo un abordaje particular para los sistemas de salud y riesgos profesionales se puede decir que para el Sistema de Seguridad Social en Salud, existen dos regímenes de afiliación, a saber: régimen contributivo y subsidiado, integrados en su funcionamiento con una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad soportados en la demanda. Para la población que no se encuentra en alguno de estos regímenes se les denomina “vinculados” y los servicios asistenciales prestados se soportan en los recursos asignados al subsidio de la oferta.

Uno de los elementos en los que se soporta la operativización de las políticas de salud pública en la población beneficiaria del sistema es el PAB⁴ (Plan de Atención Básica), entendido como el paquete de servicios colectivos e individuales con altas externalidades positivas, tales como la educación y el fomento a la salud, la prevención del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, entre otros; que complementan el plan de salud dirigido por las Administradoras del Régimen Subsidiado y las Empresas Promotoras de Salud. Aunque existe reglamentación y desarrollo regional del mismo, la priorización de intervenciones se caracteriza por la definición de líneas muy amplias de acción que en ocasiones no se encuentran alineadas con el perfil de morbimortalidad de la población objetivo.

Por otra parte, el Sistema de Riesgos Profesionales se caracteriza por ser un mercado de competencia regulada por el Estado, en el que participan las administradoras de riesgos profesionales como entidades administradoras de los servicios, aumentando el nivel de conocimiento sobre el tema de prevención de accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional. Este modelo permite la afiliación de empresas con sus trabajadores del sector formal de la economía y trabajadores independientes, exceptuando a los trabajadores del magisterio, de ECOPETROL, de las fuerzas militares y de la policía nacional que tienen protección mediante la formulación de normas expresamente creadas

4. El PAB ahora por la Ley 1122/07 se denomina Plan Nacional de Salud Pública.

para ellos. Para proteger la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, se utilizan recursos de las entidades territoriales y del fondo de riesgos profesionales.

La importancia de la intervención de la Administradora de Riesgos Profesionales en el tema se soporta adicionalmente entre otros aspectos en los siguientes:

- En la necesidad de intervenir asesorando y acompañando la empresa en el conjunto de causas que explican un problema. En este caso, interviniendo sobre la accidentalidad laboral y la reducción en la productividad que conlleva el consumo de SPA en los centros de trabajo.
- En la necesidad de contribuir a identificar y controlar los factores de riesgo psicosociales proclives a incrementar el consumo.

4.1.2. Servicios preventivos en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Es importante resaltar que el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos realizados tanto por las empresas del sistema de seguridad social (salud, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar) como por las organizaciones particulares permitan evaluar y controlar las causas y efectos de esta problemática. Usualmente se integran y ejecutan a través de programas de promoción y prevención que de acuerdo con su papel dentro del sistema se agrupan de la siguiente manera:

- **Por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales.**

Las ARP están obligadas a prestar servicios de promoción de la salud y prevención de los riesgos profesionales, para lo cual cuentan con un grupo interdisciplinario de profesionales que asesora a las empresas afiliadas y se apoya con una red de prestatarios para el cumplimiento de cronogramas de actividades planificadas de acuerdo con los requerimientos técnicos de las empresas (mapa de riesgos, accidentalidad, siniestralidad).

Dentro de los programas de medicina preventiva y de estilos de vida y trabajo saludable, se deben incluir actividades preventivas relacionadas con la farmacodependencia (incluyendo alcoholismo y tabaquismo) en su población trabajadora.⁵

Asesorar a las empresas en la implementación de programas para el control de factores de riesgo psicosocial y su vigilancia epidemiológica. De igual manera, asesorarlas en el análisis de causalidad en los siniestros.

- **Por parte de las Empresas Promotoras de Salud.**

Las EPS's que realizan la cobertura a la población perteneciente al régimen contributivo, a través de sus Instituciones Prestadoras de

Las ARP están obligadas a prestar servicios de promoción de la salud y prevención de los riesgos profesionales.

5. Ver normatividad, Resolución 1075/92, Resolución 1016/96

Servicios de Salud adscritas, deben desarrollar acciones de promoción y prevención relacionadas con la farmacodependencia, el alcoholismo y tabaquismo, contando con los recursos asignados a cada uno de sus afiliados con base en la Unidad de Pago por Capitación (UPC) basándose en el Acuerdo 332 de 2005.

Aunque los efectos en el organismo de una persona ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud definidos en la Resolución 5261 de 1994, el tratamiento y rehabilitación de farmacodependencia, el alcoholismo y tabaquismo, no están descritos como tales.

En relación con la población que pertenece al régimen subsidiado ocurre lo mismo. Las alcaldías tendrán a su cargo el desarrollo de las actividades de promoción y prevención de los recursos existentes en este régimen.

- **Por parte de los entes territoriales.**

Las Secretarías de Salud tienen a su cargo el desarrollo del Plan de Atención Básica (PAB), enmarcado en la Circular 018 de 2004. Dentro de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo respecto a las prioridades de salud pública definidas por la nación para la vigencia de 2004 – 2007, que se relacionan con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas están:

- Conformación de los comités y planes territoriales para la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas.
- Desarrollar una política nacional de reducción de la demanda de sustancias psicoactivas.
- Promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta el ciclo vital y los grupos vulnerables.
- Desarrollar actividades de información, educación y comunicación a grupos de riesgo para fomentar factores protectores y reducir factores de riesgo para la salud mental tales como consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.

- **Por parte de las Cajas de Compensación Familiar.**

Con base en el Decreto 784 de 1989 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 21 de 1982 en relación con la afiliación de trabajadores y el pago del Subsidio Familiar en Especie y Servicios. El Estado define las orientaciones que deben seguir las Cajas de Compensación Familiar y Caja Agraria (existente durante la formulación de la Ley) para poner en ejecución sus programas sociales en las áreas de vivienda, salud, educación continuada, nutrición y mercadeo social, recreación y crédito de fomento en términos de finalidades y organización de los mismos.

Aunque los efectos en el organismo de una persona ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.

Actualmente, el desarrollo de acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes y población infantil, forman parte de los programas realizados por las cajas de compensación familiar a sus afiliados.

- **Por parte de los organismos particulares.**

La Resolución 196 de 2002, dicta normas técnicas, científicas y administrativas a organizaciones que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, generando como estrategia de diversificación del portafolio los servicios de prevención del abuso de drogas en las empresas, a partir de la solicitud expresa del mercado.

4.1.3. Normatividad en Colombia. El Consejo Nacional de Estupefacientes fue creado por el Decreto 1206 de 1973 como órgano asesor del Gobierno Nacional, encargado de recomendar la formulación de políticas, planes, programas y proyectos que las entidades públicas y privadas deben adelantar en la lucha contra el fenómeno de la droga en sus diferentes manifestaciones: producción, tráfico y consumo.

Como estrategia para fortalecer la lucha antidrogas, se creó la Dirección Nacional de Estupefacientes mediante el Decreto 2272 de 1991, el que se fusionó con el Fondo Rotario de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de Estupefacientes.

Con la expedición del Estatuto Nacional de Estupefacientes o Ley 30 de 1986 y demás normas que lo complementan, modifican y adicionan con las cuales, se coordina el desarrollo y ejecución de las políticas en materia de control, prevención, rehabilitación y represión. Es así como varios organismos del Estado articulados con esta política han producido reglamentaciones tendientes a prevenir el abuso de sustancias que producen dependencia.

El Plan Nacional de Lucha contra las Drogas⁶, estableció dentro de sus estrategias la prevención integral, entendiéndola como el conjunto de procesos y estrategias orientadas a minimizar las posibilidades de vinculación de los individuos o los grupos sociales a cualquiera de las prácticas relacionadas con las diferentes manifestaciones del problema de las drogas.

Así, la prevención integral debe atravesar procesos educativos orientados a clarificar y fortalecer valores y actitudes, en escenarios de socialización como la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad, para desestimar la tendencia a involucrarse en comportamientos ilícitos y enfrentar en forma adecuada los conflictos asociados con esta problemática.

En relación con el consumo, la prevención integral busca enfrentar y reducir el uso y abuso de sustancias psicoactivas, legales, ilegales y problemas asociados, mediante el fortalecimiento de las redes de soporte individual, familiar y comunitario para reducir, así, la vulnerabilidad frente al consumo⁷.

Así, la prevención integral debe atravesar procesos educativos orientados a clarificar y fortalecer valores y actitudes.

6. *Plan Nacional de Lucha contra las drogas. Colombia 1998 – 2002.*

7. *Ibid*

El desarrollo de programas y estrategias para la reinserción socio-laboral de las personas afectadas por las diferentes manifestaciones de las drogas y el fomento en las empresas, con la ayuda de los Comités Paritarios de Salud Ocupacional y las ARP de programas de prevención y promoción de la salud, son actividades propuestas en la Meta Número 3 en el Capítulo de reducción de la demanda, formuladas en el Plan Nacional de Lucha Contra las Drogas.

A continuación se mencionan las de mayor relevancia para este estudio:

Cuadro 2. Normatividad en Colombia

Normativa	Descripción
Código sustantivo del trabajo.	Prohibición de sustancias psicoactivas en el trabajo.
Ley 9 de 1979	Art. 84, 85, 125, 470, 477, 594, 595, 597, 599. Deberes y derechos del empleador y del trabajador.
Resolución 2400 de 1979	Art. 3 Obligación de los trabajadores.
Ley 10 de 1990	Responsabiliza a los departamentos para el desarrollo de las acciones orientadas al fomento de la salud.
Constitución Política Nacional	Art. 1 y 366. Finalidades del Estado y la calidad de vida de su población.
Resolución 7036 de 1991	Prohibición de consumo de cigarrillo en las instalaciones del Ministerio de Salud y entidades adscritas.
Resolución 1075 de 1992	Desarrollo de actividades de prevención y control de la farmacodependencia como parte del subprograma de medicina preventiva
Decreto 635 de 1992	Crea el Comité Operativo para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas
Resolución 4225 de 1992	Recomendaciones para la formulación de políticas antitabáquicas en las empresas.
Ley 65 de 1993	Código penitenciario y carcelario, que refiere la prohibición del consumo o porte de Sustancias psicoactivas.
Ley 100 de 1993	Crea el nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia.
Resolución 5261 de 1994	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS.
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Normativa	Descripción
Decreto 1295 de 1994	Derechos y deberes de los trabajadores, empleadores y administradora de riesgos profesionales.
Resolución 1016 de 1996	Reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país., artículo 10, Finalidad de los subprogramas de medicina preventiva.
Resolución 3997 de 1996	Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Acuerdo 72 de 1997	Contenidos del plan obligatorio para el régimen subsidiado.
Decreto 1575 de 1997	Por el cual se establece la estructura interna de la Dirección Nacional de Estupefacientes y se determinan las funciones de sus dependencias
Resolución 3258 de 1998	Mediante la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental y la estrategia de disminución del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.
Resolución 412 de 2000	Atención de enfermedades de interés en salud pública.
Código Penal julio de 2000	Sanción por parte de sustancias psicoactivas ilegales.
Resolución 2309 de 2002	Por medio del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en el Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 196 de 2002	Por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.
Ley 769 de 2002	Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones.
Decreto 414 del 2002	Instituto de Medicina Legal Grados de embriaguez.
Acuerdo 79 de 2003	Código de Policía de Bogotá D.C. Refiere comportamiento en relación con las sustancias psicoactivas.
Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003 - 2007	Marco conceptual que establece las líneas de trabajo de la salud ocupacional en el territorio nacional.

Normativa	Descripción
Circular 018 de 2004	Establece los lineamientos para la formulación y ejecución del Plan de Atención Básica 2004-2007.
Circular externa 002 de 2005	Da lineamientos para la evaluación del PAB 2004 y elaboración del POA 2005.
Acuerdo 322 de 2005	Fija el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2006.
Política Nacional del consumo de sustancias psicoactivas	Plantea los lineamientos generales de la política del Gobierno Nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

El conjunto de normas vigentes que regulan las relaciones de las personas con las sustancias psicoactivas ha venido evolucionando en el país

A partir de lo anterior se puede decir que, el conjunto de normas vigentes que regulan las relaciones de las personas con las sustancias psicoactivas ha venido evolucionando en el país, de medidas prohibicionistas y pedagogías negativas hacia leyes y acuerdos que asumen el sujeto de derechos como corresponsable con la familia, la sociedad y el Estado; de sus formas de relacionarse consigo mismo, con las demás personas, con las drogas y con su entorno ⁸.

4.1.3.1 Consideraciones para el Sistema General de Riesgos Profesionales. La vigencia, solidez y eficacia de los objetivos que persigue el Sistema General de Riesgos Profesionales, dependen en gran medida del cumplimiento de los deberes a cargo de los diferentes sectores que lo integran.

En lo que se refiere a los empleadores, como parte integral de la relación laboral, es indispensable una aplicación adecuada de las normas que rigen la afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral en general y en especial al Sistema General de Riesgos Profesionales. Una vez determinadas las responsabilidades de los diferentes actores en materia de afiliación y aportes, es necesario analizar a partir de la definición de accidente de trabajo o enfermedad profesional vigentes, cómo el Sistema de Riesgos Profesionales incluye mecanismos de promoción de la salud y de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los ambientes laborales, a cargo de las aseguradoras de riesgos profesionales, los empleadores y los trabajadores como sujetos activos en el proceso productivo.

Es importante considerar que a través de políticas de Gobierno se canalicen acciones para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en los ambientes laborales.

8. DABS, Gerencia de Prevención Integral del uso indebido de drogas. Bogotá D.C., 2000

De conformidad con lo previsto por las normas legales vigentes, entre otras, la Resolución 1075 de 1992 y el Decreto 1108 de 1994, los

empleadores se encuentran obligados a incluir dentro de las actividades del subprograma de medicina preventiva establecido por la Resolución 1016 de 1989, campañas específicas tendientes a fomentar la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo), dirigidas a sus trabajadores.

La obligación legal a cargo de los empleadores es clara y el objetivo que deben alcanzar, también lo es. En desarrollo de las normas citadas, deben adelantarse campañas de sensibilización, reuniones, capacitación, talleres grupales o individuales, campañas a través de medios de comunicación tradicionales o informáticos dentro de las empresas, etc.

No obstante lo anterior, es preciso anotar que algunos de los mecanismos a los cuales pueden acudir los empleadores para cumplir con el mandato legal citado, tiene restricciones, originadas en Sentencias de la Corte Constitucional, especialmente, los exámenes de alcohol y drogas que algunas empresas han comenzado a implementar a sus trabajadores.

En efecto, en lo que se refiere exclusivamente a la práctica de exámenes de alcohol y drogas a los trabajadores, la empresa debe respetar el derecho a la intimidad de cada trabajador, en los términos de la Sentencia T-183 de 1994, de la H. Corte Constitucional.

En la citada providencia, el Alto Tribunal consideró:

...No existe vulneración a los derechos fundamentales a la igualdad, dignidad e intimidad del trabajador peticionario de tutela, por cuanto el objetivo que se pretende con la norma acusada del Reglamento, es prever situaciones psíquico-orgánicas de aquellos trabajadores que ocupen una posición considerada como de alto riesgo, en razón a las actividades que ejecutan y a los riesgos que las mismas conllevan, de manera que se puedan evitar accidentes con consecuencias personales y materiales impredecibles...

Así, aunque el empleador tiene la facultad de implementar políticas de alcohol y drogas, practicar en desarrollo de las mismas pruebas de alcohol a todos sus trabajadores soportando su autorización a través del consentimiento informado y hacer extensiva esta práctica a todos los trabajadores de sus contratistas, trabajadores en misión y asociados de Organizaciones de Trabajo Asociado, puede generar la vulneración del derecho a la intimidad del sujeto pasivo del examen.

Aunque las normas legales vigentes, contemplan obligaciones a cargo del empleador en materia de prevención de la farmacodependencia, el trabajador también tiene a su cargo una serie de deberes, que en caso de incumplimiento acarrearán drásticas sanciones.

En efecto, según lo previsto por el Artículo 22 del Decreto Ley 1295 de 1994, todo trabajador afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, está obligado a cuidar de su salud y dar al empleador información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

La obligación legal a cargo de los empleadores es clara y el objetivo que deben alcanzar, también lo es.

Por otra parte, la normatividad vigente (Artículo 60 del Código Sustantivo del Trabajo) establece como prohibición expresa para cualquier trabajador, presentarse a laborar en estado de embriaguez o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes.

Igualmente, el Decreto 1108 de 1994, sanciona drásticamente al trabajador que se presente a laborar en estado de embriaguez, al considerar esta conducta como falta grave hasta para dar por terminado el contrato de trabajo.

Ahora bien, aunque la norma mencionada, ni el Código Sustantivo del Trabajo, no lo contempla expresamente como justa causa para dar por terminado el contrato de trabajo, la Corte Suprema de Justicia consideró que, en el evento que el trabajador ingiera alcohol o sustancias narcóticas durante la jornada laboral, se presenta una perturbación sensitiva del trabajador, que afecta la seguridad suya y de los compañeros de trabajo. En consecuencia, su contrato de trabajo también puede ser terminado con justa causa por este motivo.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia, estableció mediante Sentencia 11569 del 21 de abril de 1999:

El Decreto 1108 de 1994, sanciona drásticamente al trabajador que se presente a laborar en estado de embriaguez.

...Entonces, resulta descaminado, frente a la pura ratio legis, restringir el susodicho impedimento normativo al evento de ingresar el trabajador al sitio de trabajo en estado de ebriedad o bajo los efectos de sustancias estupefacientes o drogas enervantes, porque tanto en tal hipótesis como cuando acaece la perturbación sensitiva por ingestión en el sitio y jornada laboral, hay un inocultable efecto en los reflejos físicos, en la voluntad, y en general en la capacidad ordinaria de trabajo, que es el bien jurídico prioritariamente amparado por el precepto, además de que una persona en ese estado en el ámbito laboral puede representar un peligro para sí y para los compañeros de labor.

La mengua de las facultades plenas para desarrollar la tarea en las condiciones convenidas, originada en causas imputables al trabajador, atenta además contra el deber de prestar óptimamente el servicio, lesiona la disciplina del establecimiento, da un mal ejemplo a los demás trabajadores y puede comportar riesgos de seguridad industrial, por lo que no puede recortarse el alcance de la prohibición legal al inicio de las actividades diarias, como lo hizo equivocadamente el tribunal, por cuanto en el otro evento descrito, esto es, cuando la borrachera se provoca durante la jornada de trabajo, no solamente tiene un impacto similar en el ámbito laboral, sino, desde luego, conlleva un agravio aún mayor a los valores jurídicamente protegidos, en la medida en que el dedicar el tiempo propio de la prestación del servicio a menesteres ínsitamente proscritos y ajenos a ella, adicionalmente infringe el deber de realizar la labor en los términos estipulados...

Por otra parte, al interpretar el tipo de pruebas que debe tener el empleador para terminar un contrato de trabajo con justa causa, por razón del consumo de alcohol o drogas, la Corte Suprema de Justicia consideró que la empresa puede hacer uso de la facultad de terminación del contrato de trabajo con justa causa, a partir de simples testimonios, aunque no cuente con una prueba técnica que pruebe el consumo de dichas sustancias por parte del trabajador.

Sobre el particular, el Alto Tribunal consideró mediante Sentencia 7202 del 4 de octubre de 1995:

...En este aspecto también se equivocó el juzgador, pues el Artículo 51 del Código Procesal del Trabajo establece que en el proceso laboral son admisibles todos los medios de prueba previstos en la ley, “pero (que) la prueba pericial sólo tendrá lugar cuando el juez estime que debe designar un perito que lo asesore en los asuntos que requieran conocimientos especiales”. Incurrió por ello el tribunal en un error al asentar que la causal de terminación unilateral del contrato de trabajo alegada por la hoy recurrente debió probarse con un “dictamen médico” sobre el consumo por parte del demandante de “sustancias heroicas” o con un “dictamen de laboratorio” sobre las sustancias que le fueron encontradas en su camarote y que en ese momento consumía, pues tampoco existe dentro del Código Procesal del Trabajo disposición que imponga al patrono —en su condición de tal o como litigante—, la carga de probar con una determinada prueba el hecho de que el trabajador se encontraba bajo la influencia de narcóticos o de drogas enervantes. (CSJ, Cas. Laboral, Sec. Segunda, Sent. oct. 4/95. Exp. 7202).

La empresa puede hacer uso de la facultad de terminación del contrato de trabajo con justa causa, a partir de simples testimonios.

A partir de la sentencia citada de la Corte Constitucional, la Administradora de Riesgos Profesionales, al amparo del Programa de Salud Ocupacional debidamente elaborado y de un Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial que se ajuste a la normatividad vigente, está habilitada legalmente para desarrollar las actividades necesarias para asesorar al empleador en la prevención de accidentes o enfermedades relacionados con farmacodependencia, sin que ello implique necesariamente una destinación indebida de los dineros de la seguridad social, ni violación a derechos fundamentales del trabajador.

Se considera que en desarrollo de las funciones de asesoría que la Ley le asigna, puede ser un medio especializado para orientar al empleador en la creación de un ambiente de trabajo más seguro y saludable, dirigidas especialmente a los trabajadores afiliados que ocupen una posición considerada de riesgo, en razón a la actividad que ejecuten y a los riesgos que su actividad conlleve⁹.

4.1.4. Lineamientos por organismos internacionales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha producido una serie de convenios

9. Corte Constitucional, Sentencia T-183 de 1994.

y recomendaciones específicas sobre seguridad y salud del trabajo y otros conexos a este campo, con el objeto de establecer estándares de seguridad y salud en el trabajo que han sido complementados con códigos de recomendaciones prácticas. El documento emitido en 1996 que presenta un repertorio de recomendaciones prácticas denominado “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo”, como resultante de la 249ª reunión de expertos en Ginebra (marzo de 1994), es el punto de partida para el abordaje de esta problemática en el ámbito laboral.

En 1994 se promulgó la Declaración de Salud Ocupacional para Todos, que fue adoptada durante la segunda reunión de Centros Colaboradores de Salud Ocupacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual sirvió de soporte para la elaboración de la Estrategia Mundial sobre Salud Ocupacional para todos, endosada en la Resolución WHA 49.12, y adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1996.

La Asamblea, además, instó a los estados miembros a que elaboren programas nacionales de salud ocupacional para todos, basados en la estrategia mundial prestando especial atención a la creación de servicios integrales de salud ocupacional para la población económicamente activa, incluidos los trabajadores migrantes, los trabajadores de la pequeña industria y los del sector no estructurado, así como otros grupos ocupacionales de alto riesgo y con necesidades especiales, entre ellos los menores que trabajan.

La Asamblea, además, instó a los estados miembros a que elaboren programas nacionales de salud ocupacional para todos.

En 1997 la tercera reunión de centros colaboradores formuló la Declaración de Santafé de Bogotá y dio una serie de recomendaciones, instando a la Organización Mundial de la Salud a promover en las regiones y los países miembros a implementar la estrategia mundial de salud ocupacional para todos en los niveles regional, subregional, nacional y local, de manera que los planes de salud ocupacional sean un fuerte componente en la renovada estrategia mundial de salud para todos en el siglo XXI.

La OMS promueve y aporta las recomendaciones que a tener en cuenta para la formulación de la Ley Antitabaco en el nivel mundial y fomenta actividades anuales como el Día Mundial sin Tabaco, como uno de los eventos principales relacionados con la salud pública, que llama la atención al problema del consumo y de los fumadores pasivos.

El Plan Regional de Salud de los trabajadores, aprobado por los países en 1999, propone como objetivos: “Contribuir al mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, de vida, salud y bienestar de los trabajadores para avanzar hacia un desarrollo humano sostenible, con equidad y justicia social” y “fortalecer la capacidad técnica e institucional de los países, para desarrollar políticas efectivas de prevención y protección sanitaria para los trabajadores, de norma y controlar las condiciones del proceso de trabajo, con el fin de reducir los riesgos, la exposición a sustancias y agentes peligrosos, así como vigilar y controlar el cumplimiento de disposiciones de prevención y protección establecidas” (PHAO, 1999).

La Organización Internacional del Trabajo en su documento “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo”, refiere recomendaciones prácticas emitidas por expertos en el tema, con el fin de proporcionar elementos que aporten desde la perspectiva laboral herramientas para la reducción del abuso de estas sustancias, teniendo muy claro que este fenómeno tiene origen multicausal y que su intervención deberá involucrar otras acciones en las diferentes dimensiones del trabajador (familia y sociedad). Cabe anotar que estas recomendaciones deberán interpretarse a la luz de las condiciones y legislación imperantes en el país de aplicación. Dentro de los lineamientos definidos en este documento, se destacan: (OIT, 1996)

1. Los empleadores y sus trabajadores y sus representantes deberán evaluar conjuntamente los efectos del consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo y deberán cooperar para elaborar, por escrito, una política para la empresa.
2. Los empleadores en colaboración con los trabajadores y sus representantes deberán adoptar disposiciones que sean razonablemente factibles para identificar condiciones de trabajo que influyen en los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas, y adoptar medidas de prevención y corrección.
3. Para fomentar la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, se deberán llevar a cabo programas de información, instrucción y capacitación sobre el alcohol y las drogas, e integrarlos en la medida de lo posible a programas de salud más amplios.
4. Las políticas y programas en materia de consumo de alcohol y de drogas deberán promover la prevención, la reducción y el tratamiento de estos problemas que se plantean en el lugar de trabajo.
5. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas deberán considerarse como problemas de salud, por consiguiente se tratarán sin discriminación alguna.
6. Los empleadores deberán aplicar idénticas restricciones y prohibiciones tanto al personal de dirección como a los trabajadores.
7. Los empleadores deberán establecer un sistema para asegurar el carácter confidencial de toda la información comunicada en lo que atañe a los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas.
8. Los análisis toxicológicos para determinar el consumo de alcohol y de drogas en el lugar de trabajo, plantean problemas de orden moral, ético y jurídico; de ahí que haya que determinar cuándo sea justo y apropiado realizarlos.
9. Se reconoce la autoridad del empleador para sancionar a los trabajadores cuya conducta profesional sea inapropiada como consecuencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas. Sin embargo, es preferible que se los remitan a los servicios de asesoramiento, tratamiento y rehabilitación en vez de aplicarles sanciones disciplinarias.
10. Los trabajadores que quieran recibir tratamiento o rehabilitación para sus problemas relacionados con el consumo de alcohol o de drogas no deberán ser objeto de discriminación por parte del empleador y deberán gozar de la seguridad del empleo.

La Organización Internacional del Trabajo en su documento “Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo”, refiere recomendaciones prácticas emitidas por expertos en el tema.

Las condiciones del trabajo que fueron identificadas en esta reunión de expertos, como elementos que pueden contribuir al surgimiento de problemas relacionados con el alcohol y drogas a manera de orientación, dado que los estudios no refieren de manera clara vínculos entre ellos, son:

- Presiones ejercidas por la sociedad para que beba o consuma drogas en el trabajo.
- Los viajes y el alejamiento de las relaciones sociales y sexuales normales.
- El estrés en el trabajo.
- El empleo precario.
- La posibilidad de desempleo.
- Trabajo por turnos.
- Trabajo nocturno.
- Trabajo monótono.
- Modalidades de trabajo que obligan a cambiar de lugar y suponen frecuentes cambios de colaboradores y de supervisores.

A partir de lo anterior, se puede decir que los mandatos, resoluciones y la acción de organizaciones internacionales resaltan la importancia cada vez mayor que está adquiriendo la salud de los trabajadores en el complejo de la salud, el medio ambiente y el desarrollo humano sostenible.

Las condiciones del trabajo que fueron identificadas en esta reunión de expertos, como elementos que pueden contribuir al surgimiento de problemas relacionados con el alcohol y drogas.

4.1.5. Requerimientos sectoriales. La Organización Internacional para la Estandarización (ISO), la Federación Mundial de Entidades Nacionales de Estandarización que tiene como objetivo promover el establecimiento de estándares de productos y servicios y el desarrollo de cooperación mutua en el ámbito de actividades intelectuales, científicas, tecnológicas y económicas, ha propuesto las normas ISO, como la ISO 9000 y la ISO 14000, normas internacionales para la gestión y el aseguramiento de la calidad de los productos, directrices para su elección y utilización.

A nivel regional, existen zonas de libre comercio, como las cubiertas por el Tratado de Libre Comercio (TLC o NAFTA), y otros procesos de integración como el MERCOSUR, el CARICOM y la Unión Andina, que presentan posibilidades para el desarrollo y promoción de la salud de los trabajadores en las empresas. La Organización Mundial del Comercio (OMC), tiene el rol de promoción del libre comercio entre países.

En 1998, la Reunión Anual del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, trató la “responsabilidad social de las multinacionales” y dejó constancia de que las ventajas comparativas ofrecidas por los países en desarrollo no dejan de ser favorables aún cuando se adopten parámetros aceptables de salud ambiental y laboral. Lo anterior abre oportunidades para considerar la salud de los trabajadores en proyectos de desarrollo.

Los resultados de las decisiones de la comunidad andina de naciones CAN, obtenidos en la reunión del Ministerio de Trabajo de la CAN

convocada en 1999 en Cartagena, indican la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo y disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales ocasionados por el escaso cumplimiento empresarial de las medidas de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores. En junio de 2003, el Consejo Asesor de Ministros de Trabajo, reunido en Ginebra, recomendó a los cancilleres de los países miembros proceder a su aprobación como parte del proceso de vinculación de las dinámicas económicas y sociales.

En el **sector exportador**, el BASC es un sistema integral de gestión y administración de la seguridad y control de todas las actividades de la compañía, de adopción voluntaria, para el mejoramiento continuo de los estándares de seguridad aplicados en las empresas. Esto con el fin de lograr que las mercancías no se vean contaminadas por ninguna sustancia extraña. Es un programa administrado por y para el sector privado, con el apoyo de varios servicios del mundo, entre ellos el de Estados Unidos, Francia, España y México. El ítem 3.10 pruebas en áreas críticas y 3.18 contar con un programa de concientización sobre consumo de alcohol y drogas, son los puntos a evaluar durante el proceso de certificación para las organizaciones que forman parte de la cadena exportadora que se someten a este proceso.

En el **sector de transporte aéreo** la Resolución 5282 del 6 de diciembre de 2006. Por la cual se adoptan medidas para la prevención y control del consumo de alcohol, drogas y sustancias psicoactivas por parte de la Unidad Administrativa Especial de la Aeronáutica Civil, establece los procedimientos administrativos que se deben seguir para abordar este fenómeno.

Dentro de la ley de la Aeronáutica Civil en el aparte de los requisitos mentales (2.9.2.4.) se dice: “El aspirante no tendrá antecedentes médicos o diagnóstico clínico de cualquiera de las siguientes condiciones: Abuso o dependencia a sustancias, excepto cuando exista una evidencia clínica establecida satisfactoriamente para la División de Medicina Aeronáutica de que ha habido rehabilitación, incluyendo una abstinencia total de la sustancia de por lo menos dos años”.

El abuso de sustancias prohibidas en aviación incluye el alcohol, otros sedantes o hipnóticos; ansiolíticos; opiáceos; estimulantes del sistema nervioso central tales como cocaína, anfetamina, simpático miméticos de acción similar, alucinógenos, fenciclidina o similares, marihuana, inhalantes; y otras drogas y químicos psicoactivos.

El abuso de sustancias se define como:

- El consumo de una sustancia en una situación en donde su uso fuese físicamente riesgoso.
- Un test de drogas positivo confirmado bajo el programa de prevención de consumo de drogas en la Aviación (PPCDA), de la Aeronáutica Civil o cualquier otro programa de prevención.

El abuso de sustancias prohibidas en aviación incluye: alcohol, otros sedantes o hipnóticos; ansiolíticos; opiáceos; estimulantes del sistema nervioso central.

- Abuso de una sustancia que la división de medicina aeronáutica basada en sus antecedentes médicos y en un dictamen médico calificado encuentre que convierta a la persona en incapaz de desarrollar con seguridad sus actividades de vuelo, durante la vigencia de su certificado médico.

Dependencia de sustancias significa una condición en que una persona es dependiente de una sustancia, diferente al tabaco y a la cafeína, que se evidencia por aumento de la tolerancia, manifestación de síndrome de abstinencia, pérdida del control del uso de la sustancia, o uso continuo a pesar del daño en la salud física o en el desempeño social, personal u ocupacional.

En el capítulo X. Prevención del Alcohol y las drogas en el personal aeronáutico, comunica que la división de Medicina Aeronáutica formulará las pautas científicas y metodológicas, supervisará y controlará la aplicación de programas de prevención de alcohol y drogas, las cuales serán de obligatoria observancia por las empresas de aviación, por las escuelas y en general, por todo el personal aeronáutico con funciones sensibles a la seguridad aérea¹⁰.

Por otra parte la Resolución 11073 de 1991 de la Aeronáutica civil, prohíbe el consumo de tabaco en cualquiera de sus aeronaves comerciales en todos los vuelos regulares domésticos.

Las autoridades de tránsito podrán solicitar a todo conductor de vehículo automotor la práctica de examen de embriaguez.

El **sector de transporte terrestre** con la Ley 768 de 2002. Código Nacional de Tránsito Terrestre define en el Artículo 150. Examen. Las autoridades de tránsito podrán solicitar a todo conductor de vehículo automotor la práctica de examen de embriaguez, que permita determinar si se encuentra bajo efectos producidos por el alcohol o las drogas, o sustancias estupefacientes, alucinógenas o hipnóticas.

Las autoridades de tránsito podrán contratar con clínicas u hospitales la práctica de las pruebas de que trata este artículo, para verificar el estado de aptitud de los conductores.

Parágrafo. En los centros integrales de atención se tendrá una dependencia para practicar las pruebas anteriormente mencionadas.

En el **sector petrolero**, existe el Registro Único de Contratistas, que corresponde a un sistema de información en donde se recopilan los resultados sobre la GESTIÓN de los contratistas del sector de Hidrocarburos en Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente. Su objetivo es lograr el desarrollo armónico de los programas de Seguridad Industrial, Salud Ocupacional y Medio Ambiente del Sector de Hidrocarburos a través de un proceso de evaluación, que permita dinamizar el mejoramiento continuo en la gestión aplicada por las empresas, para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales y de sus expectativas de eficiencia. Dentro de sus formatos evalúa la existencia de la política de alcohol y drogas.

10. Reglamentación aeronáutica en Colombia.

Dadas las condiciones de peligrosidad y los estándares de calidad que se manejan en este sector, al igual que en el de transporte, la aplicación de pruebas de alcohol y otras drogas, forma parte de su programa de prevención de accidentalidad.

En el **sector de la salud**, la normatividad existente establece la prohibición del consumo de cigarrillo con el propósito de prevenir el tabaquismo, crear espacios libres de humo, entre los que se encuentran: la Resolución 7036 de 1991, la Resolución 602 de 1990 y la Resolución 543 de 2001, principalmente.

En el **sector de seguridad y vigilancia privada**, la formación de los trabajadores para cumplir con actividades de vigilancia, ser escoltas o supervisores, contempla en su currículo temáticas de prevención de adicciones, al alcoholismo, tabaquismo y drogadicción (escolta avanzado), manejo de la drogadicción y el alcoholismo (supervisores básico y avanzado) y prevención de adicciones (vigilantes básicos).

4.2. Fundamentación Epidemiológica

El abuso de drogas es un problema importante en la sociedad, así como en el ámbito laboral. Lundberg¹¹ plantea que la inequidad en salud sólo es parcialmente explicada por las diferencias en gradientes de exposición a ciertos agentes conocidos (químicos, físicos etc), y que los comportamientos que afectan la salud, tales como el cigarrillo, el abuso de alcohol, los hábitos alimentarios y la ausencia de ejercicio también contribuyen a esas diferencias en salud.

En 1993 Hanson¹², en su revisión general, documenta y reflexiona sobre algunos aspectos interesantes tales como:

- El uso de drogas y alcohol ha sido citado como uno de los factores asociados a un mayor recambio laboral, menor productividad e incremento en el riesgo de accidentes laborales, mayor ausentismo y otros problemas laborales.
- Encontró que los abusadores del alcohol tienen el doble de accidentes laborales que su grupo de comparación, ajustando por edad, sexo, etnicidad y clase de trabajo¹³.
- Relata en su revisión Hanson, que un estudio efectuado en aplicantes para el servicio postal de EE.UU. donde se tomó como criterio de exposición a aquellos que al pre empleo resultaron positivos para marihuana o cocaína, tenían mayores tasas de recambio laboral, accidentes industriales y ausencias, así como de lesiones ocupacionales y episodios disciplinarios durante el año siguiente a su empleo. Otros dos estudios refieren que el alcohol fue la droga más común involucrada en los accidentes mortales en el trabajo. Otra evidencia sugiere que los “bebedores problema” de alcohol, se accidentan 2 ó 3 veces más que los bebedores “no problemáticos”.

Dadas las condiciones de peligrosidad y los estándares de calidad que se manejan en este sector, al igual que en el de transporte, la aplicación de pruebas de alcohol y otras drogas forma parte de su programa de prevención de accidentalidad.

11. LUNDBERG U. Stress responses in low status jobs and their relationships to health risks: musculoskeletal disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 896, pp 162-172, (1999).

12. HANSON M. Overview on drug and alcohol testing in the workplace. *Bulletin on narcotics* Vol. 45 pp. 3-44 1993.

13. Estudios revisados por Hanson de Observer y Maxwell.

En resumen la descripción de estudios que incluyen países como Alemania, Polonia, Canada y Estados Unidos, permite concluir que:

- a) La intoxicación alcohólica aguda está presente en cerca de 10% de los accidentes de trabajo fatales.
- b) La intoxicación alcohólica aguda está presente en 5 de cada 100 casos de accidentes de trabajo no fatales, no relacionados con el transporte.
- c) El abuso de alcohol está débilmente asociado con lesiones ocupacionales (OR: 1 a 2.58).

Algunos de los hallazgos anteriormente mencionados, indican que 70 de cada 100 usuarios de drogas ilegales, trabajan (Roberts, 2001)¹⁴; la prevalencia de periodo de consumo fuerte de licor en un periodo de 30 días en trabajadores es de 7 %; 40 de cada 100 muertes en el trabajo y 47 % de las lesiones están relacionadas con el alcohol. El ausentismo en los usuarios de drogas es 2.5 veces el registrado en los no consumidores; de igual manera el riesgo de accidentarse en aquellos es 3.6 veces el existente en no usuarios. Complementariamente la solicitud de compensación laboral es 4 veces mayor que la reportada por trabajadores no usuarios de drogas.

Se concluye que hay consistencia metodológica en la identificación del deterioro en el desempeño sicomotor como estado asociado a las concentraciones bajas de alcohol en sangre.

Lo anterior llevó a concluir que el uso de drogas en el trabajo se vincula con efectos sobre la salud, la productividad y el desempeño laboral. Esta situación ha sido reiterada en diversas encuestas periódicas que permiten evaluar la tendencia secular del abuso de drogas en la fuerza laboral en EEUU (Bush DM, Autry JH., 2002)¹⁵.

Citando a Bell et al, (Lambert y cols, 2002)¹⁶ se identifican como principales barreras a la prevención del abuso de licor en sitios de trabajo:

- La falta de entrenamiento.
- La retaliación al trabajador afectado.
- El proteccionismo sindical.
- La permisividad organizacional con el licor como los aspectos de mayor relevancia.

Citando estudios de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias se concluye que tanto los usuarios de drogas ilícitas, como los abusadores de alcohol, presentan: 1,5 veces mas probabilidad de ausentarse por dos días o más del trabajo en el último mes por lesiones o enfermedades; 1,6 veces más de probabilidades de retiro voluntario de la empresa; 1,9 veces más riesgo de haber sido rescindido en el último año del trabajo; 1,6 veces más probabilidades de haber sufrido un accidente de trabajo en el último año.

Se concluye que hay consistencia metodológica en la identificación del deterioro en el desempeño psicomotor como estado asociado a

14. BUSH DM, Autry JH. Substance abuse in the workplace: Epidemiology, effects and industry response *Occup Med.* (2002) Jan - Mar; 17 (1): 13 - 25.

15. ROBERTS et al. Administrative issues related to addiction in the workplace *Occup Med.* (2001) Jul - Sept; 16 (3): 509 - 515.

16. LAMBERT SD. The role of the occupational physician in substance abuse. *Occup Med.* (2002) Jan - Mar; 17 (1): 1 - 12.

las concentraciones bajas de alcohol en la sangre. Estas conclusiones se consideran cruciales para explicar plausiblemente la relación del consumo de licor tanto con la accidentalidad vial, como con los accidentes laborales. (Ferrara, 1994)¹⁷.

La revisión de literatura arroja que existen 7 características relacionadas con el abuso del alcohol en los trabajadores:

1. Presión social para el consumo.
2. Pobre sanción del abuso.
3. Reclutamiento de bebedores “fuertes” en el ámbito laboral.
4. Poca sanción al consumo en el trabajo.
5. Fácil acceso.
6. Aislamiento social.
7. Preponderancia del trabajador joven.

Sin embargo, la presencia simultánea de alta presión social para el consumo y el fácil acceso contribuyen con el 66% de la variante en las tasas de alcoholismo en la población trabajadora. Finalmente se identifica como el factor más crítico la facilidad en el acceso a licor de bajo costo¹⁸.

Gill Jan¹⁹, valora que algunas ocupaciones presentan o registran mayor frecuencia que otras, en relación con el consumo de alcohol; especialmente aquellas que se relacionan con la producción o comercialización de licor, o aquellas que requieren largos periodos fuera del hogar y la familia, o aquellas donde existe presión social por el consumo de licor tales como la industria hotelera, los servicios de “catering” y las fuerzas armadas, y documenta que 76% de los accidentes relacionados con el alcohol, se registran entre las 08 a 10 a.m. y la 1 a 2 p.m. (lo anterior por el efecto residual de la noche anterior o por el consumo durante el almuerzo). Llama la atención en torno a que el impacto de los programas dirigidos a los trabajadores, desde las empresas, es sorprendentemente limitado, aunque la evidencia soporta conclusiones en el sentido de que el consumo inadecuado, está asociado con consecuencias adversas, tanto en el trabajo como fuera de él.

Se concluye entonces en esta revisión, que existe consistencia en los investigadores en torno a las asociaciones encontradas entre consumo o abuso de drogas y la accidentalidad laboral –principalmente en el sector de transporte–, así como con los problemas de ausentismo y relaciones laborales al interior de una organización. Que adicionalmente las frecuencias del problema son variables y que existen circunstancias en las empresas y trabajadores que fomentan o estimulan el consumo.

4.3. Cifras Estadísticas

4.3.1. Colombia en el contexto mundial. Según las Naciones Unidas para el año 2003, la proporción de prevalencia anual de consumo de alcohol en el mundo en personas en edad de trabajar (15 a 64 años) era de 50%, esta proporción se reducía a 30% en el consumo de cigarrillo

Se concluye entonces en esta revisión, que existe consistencia en los investigadores en torno a las asociaciones encontradas entre consumo o abuso de drogas y la accidentalidad laboral.

17. FERRARA SD, Zancaner S, Giorgetti R. Low blood alcohol concentrations and driving impairment. A review of experimental studies and international legislation. *Int J Leg Med* (1994) 106: 169 - 177

18. Queda documentado entonces, que al igual que otros trastornos que afectan la salud, los modelos multicausales explicarán de mejor manera la probabilidad de adquirir o desarrollar un abuso de licor.

19. GILL Jan. Alcohol problems in employment: epidemiology and responses. *Alcohol & alcoholismo* Vol. 29 No. 3, pp. 223-248, (1994).

y arrojaba una preocupante cifra de 5% para el consumo de sustancias ilícitas.

La sustancia ilegal de mayor consumo es la marihuana (4% de la población mundial cuya edad esté entre 15 a 64 años), habiéndose observado un incremento de 11% al comparar las cifras de la década de los 90 con los datos de 2003. Colombia pertenece al conjunto de países clasificados según Naciones Unidas como de gran incremento en el consumo.

Para el año 2003, Colombia junto con Argentina y Chile conforman los países de mayor prevalencia de abuso de cocaína en Sur América. El riesgo de abuso de cocaína en población colombiana de 15 a 64 años es 1.6%, (5 veces el riesgo descrito en el mundo) según la Oficina de Drogas y Crimen de las Naciones Unidas. De igual manera Colombia hace parte de aquellos países catalogados como de gran incremento en el abuso, así como la mayoría de países Europeos y algunos de Sur África.

Presenta Colombia proporciones de prevalencia de uso de sustancias psicoactivas consistentemente mayores, que la prevalencia mundial; de igual manera es consistente el hallazgo reportado por las Naciones Unidas, de que Colombia pertenece al grupo de países cuya población entre 15 a 64 años (donde se encuentra toda la población trabajadora) incrementa grandemente el riesgo de consumo.

En América latina, el alcohol fue el más importante factor de riesgos de la carga global de las enfermedades en el año 2000. De las 246.000 muertes estimadas que fueron relacionadas con el alcohol, alrededor de 61.000 fueron causadas por lesiones intencionales y no intencionales (OMS 2002), todas prevenibles. El abuso de alcohol es también responsable de trastornos neuropsiquiátricos, violencia doméstica, abuso y abandono de los niños, y productividad laboral disminuída.

4.3.2. Datos de Estudios Nacionales. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental realizado entre 2003 y 2004 del Ministerio de la Protección Social, en la población colombiana de 18 a 65 años ubicados en las zonas urbanas, el problema global del consumo de sustancias psicoactivas se observa fundamentalmente en el sexo masculino: ocho de cada 40 hombres comparado con una de cada 40 mujeres. Cuando se analiza el uso de drogas, el de mayor prevalencia de vida es la marihuana con un 11.1%, seguida de la cocaína con 3.7% y tranquilizantes 2.6%²⁰.

El análisis muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias es de 10.6%. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para alcohol es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol.

Por otra parte, al observar la tendencia de la frecuencia de consumo en Colombia (Ministerio de Salud, 1993), se concluye que si bien existen algunas diferencias, los datos de prevalencia de consumo evaluadas

Para el año 2003, Colombia junto con Argentina y Chile conforman los países de mayor prevalencia de abuso de cocaína en Sur América.

20. Las características demográficas de la población encuestada fueron: población de 18 a 65 años de las zonas urbanas de 1070 municipios de 25 departamentos de Colombia. El 56% mujeres y 37% se ubicó en el grupo de edad más joven (18-29 años). La muestra refleja el nivel educativo mixto del país: 13% de la población tuvo únicamente estudios primarios (quinto grado), 21% secundaria completa y sólo 10% completó estudios universitarios. Finalmente, la mayoría de los participantes estaban casados o en unión libre (55%) y actualmente trabajando (53%).

durante el último año (antes de efectuarse el respectivo estudio) parecen estabilizarse, así la prevalencia anual de consumo de marihuana es invariable en la década estudiada, al igual que la de consumo de cigarrillos. (ver tabla 1).

Tabla 1. Tendencia de la prevalencia de consumo de algunas sustancias psicoactivas.

Sustancia	Años		
	1987	1993	1996
Marihuana	11 por mil	11 por mil	11 por mil
Cocaína	2,9 por mil	2,8 por mil	sin dato
Basuco	8 por mil	3,8 por mil	sin dato
Cigarrillo	25,70%	21,20%	21,40%
Licor	56%	52%	61,6%

Fuente: Consumo de sustancias psicoactivas en población trabajadora. Rodríguez y Cols, 1996.

Para el año 1996, aproximadamente 6 de cada 100 colombianos habían consumido alguna vez en la vida algún tipo de droga ilegal, adicionalmente se observan para ese año diferencias sustanciales entre hombres y mujeres, pues el riesgo de haber consumido alguna vez en la vida este tipo de sustancias es 3.5 veces más frecuente en hombres que en mujeres, esta relación de igual manera se conserva para el riesgo de adquirir el consumo.

Para el año 1996, aproximadamente 6 de cada 100 Colombianos habían consumido alguna vez en la vida algún tipo de droga ilegal.

Tabla 2. Razones de prevalencia e incidencia para el consumo de sustancias ilegales en Colombia, año 1996.

Sexo	Indicador		
	Prevalencia acumulada	Prevalencia de Periodo (1 año)	Incidencia último año
Hombre	10,5	2,6	0,7
Mujer	2,9	0,6	0,2
Razón	3,6	4,3	3,5

Fuente: Consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1996 Cálculos JH Mejía.

Llama la atención que el grupo donde más frecuentemente se registra el consumo en alguna vez en la vida, corresponde a quienes estaban buscando empleo al momento del estudio; sin embargo, el grupo de mayor riesgo en adquirir el consumo son los estudiantes. (Rodríguez, 1997).

Al desglosar la magnitud del problema por tipo de sustancia y sexo se observa que consistentemente el consumo afecta principalmente hombres, y que mientras la sustancia más reconocida socialmente como ilegal se aumenta la brecha o la disparidad en el riesgo de consumos, tal parece ser el caso de la cocaína y el basuco. (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia e incidencia de consumo de sustancias según tipo de sustancia y sexo. Colombia año 1996.

Sexo	Sustancias					
	Alg sustancia ilegal	Marihuana	Cocaína	Basuco	Cigarrillo	Licor
Hombre	10,5	8,6	2,7	2,5	25,2	48,1
Mujer	2,9	2,4	0,5	0,6	0,6	23,6
Razón	3,6	3,6	5,4	4,2	2,1	2,0

Fuente: Consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1996. Cálculos JH Mejía.

En resumen, para el año 1996 en Colombia, podría interpretarse que la edad de inicio en el consumo no es la propia de la población trabajadora, que el mayor riesgo de adquirirlo se encuentra en estudiantes, y que el trabajo no opera como el principal sitio donde se registre el consumo, y que adicionalmente es un problema que afecta principalmente a los hombres; sin embargo 46 de cada 100 personas que consumieron durante el último año son trabajadores, y por tanto estos sitios pueden ser considerados como centros claves en la prevención del abuso de las sustancias psicoactivas.

De conformidad a Rodríguez, Duque y cols²¹, las siguientes son las actividades económicas cuyo riesgo de consumo son más altas en Colombia:

Tabla 4. Sectores de mayor consumo (en el último año) de sustancias psicoactivas en Colombia, año 1992.

Sustancia	Sector económico de mayor riesgo	Proporción de prevalencia por 100 habitantes
Cigarrillo	Electricidad, gas, agua, construcción	50,17
Alcohol	Electricidad, gas, agua, construcción	92,48
Marihuana	Electricidad, gas, agua, construcción	1,84
Cocaína	Intermediación financiera, actividad inmobiliaria	1,38
Basuco	Manufactura	0,6
Estimulantes	Administración pública	1,46

Fuente: Consumo de sustancias psicoactivas en población trabajadora. Rodríguez y cols.

Adicionalmente, menciona el estudio de Rodríguez y Duque, que el riesgo de iniciar el consumo de cigarrillo en el último año (1992) fue de 3.15 % de la población trabajadora, cifra similar a la de la población colombiana, nuevamente y de manera consistente en este estudio se reitera que la edad de inicio del consumo oscila entre los 12 a 17 años de edad; se refuerza en esta investigación el papel preventivo frente al inicio del consumo, que desempeña la educación, pues el riesgo más

En resumen, para el año 1996 en Colombia, podría interpretarse que la edad de inicio en el consumo no es la propia de la población trabajadora, que el mayor riesgo de adquirirlo se encuentra en estudiantes.

21. RODRIGUEZ, Edgar y Col. Consumo de sustancias psicoactivas en población trabajadora Dirección Nacional de Estupefacientes y Fundación Santafé. Bogotá, (1992).

alto se encontró en la población trabajadora con estudios primarios, por contraste el menor riesgo se dio en aquellos trabajadores con formación universitaria.

Complementariamente a lo anterior, el riesgo de iniciar el consumo de licor es de 22.81%, además se concluye que 99 de cada 100 trabajadores inician el consumo antes de los 25 años. Frente al consumo de marihuana 1 de cada 500 trabajadores indicaron haber iniciado el consumo por primera vez en el último año, al igual que 1 de cada 700 trabajadores lo hicieron por primera vez para el consumo de cocaína.

En el estudio de Rodríguez²², también se encontró que en la población colombiana, de doce a sesenta años, el 9,3% está en riesgo de alcoholismo y el 6.5% es alcohólica. Este problema se reportó cuatro veces mayor en hombres que en mujeres y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de 25 a 44 años, en los trabajadores y en la región oriental y la ciudad de Bogotá. Al cruzar el nivel de alcoholismo, medido con el índice CAGE (cutting down Annoyance by criticism Gulty feeling and eyes openers), con los problemas presentados con el consumo de alcohol, se pudo observar en forma consistente que los problemas en el trabajo, los estudios, de pareja, en la familia, de salud, legales, económicos y de tránsito se presentaban con mayor frecuencia cuando se era alcohólico.

En el caso de Colombia, el cigarrillo se relaciona etiológicamente con muchos de los problemas de salud más frecuentes -infarto de miocardio, cáncer de diferentes localizaciones, enfermedad pulmonar, bajo peso al nacer, entre otros-, y éstos podrían disminuirse con la reducción del consumo en la población.

Se ha observado que los fumadores tienden a beber más alcohol, café y té que los no fumadores; de otra parte, presentan comorbilidad con uso de sustancias ilícitas con mayor frecuencia que los no fumadores. Además, presentan un exceso en la mortalidad que está directamente relacionada con el número de años fumando, número de cigarrillos al día y la profundidad de la inhalación del humo. Es de anotar que los inhaladores pasivos -quienes inhalan el humo de otros fumadores- están sometidos a grandes concentraciones de la mayoría de las sustancias contenidas en el humo del cigarrillo. Este hecho puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias en quienes inhalan el humo de otros fumadores de acuerdo con Kaplan y Sadock²³.

4.4.3. Datos de estudios regionales. Actualmente en Bogotá, D.C. el Sistema de Vigilancia Epidemiológica VESPA está integrado por 57 centros de tratamiento de los cuales cincuenta y cuatro son de origen privado. A través de ellos se han captado 3.655 casos reportados a la Secretaría Distrital de Salud durante el año 2003, el 85,2% (n= 3.114) son de sexo masculino y el 14,8% restante (n= 541) son de sexo femenino; la razón de masculinidad es de 5.8 por cada mujer que consultó algún centro especializado en el tratamiento de la farmacodependencia lo hicieron aproximadamente 6 hombres.

El cigarrillo se relaciona etiológicamente con muchos de los problemas de salud más frecuentes -infarto de miocardio, cáncer de diferentes localizaciones, enfermedad pulmonar, bajo peso al nacer, entre otros-.

22. RODRÍGUEZ, Edgar. Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (1996). Dirección Nacional de Estupefacientes y Fundación Santafé. Bogotá, (1997).

23. Kaplan y Sadock en Velásquez, Julio. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D.C. Marzo de 1998.

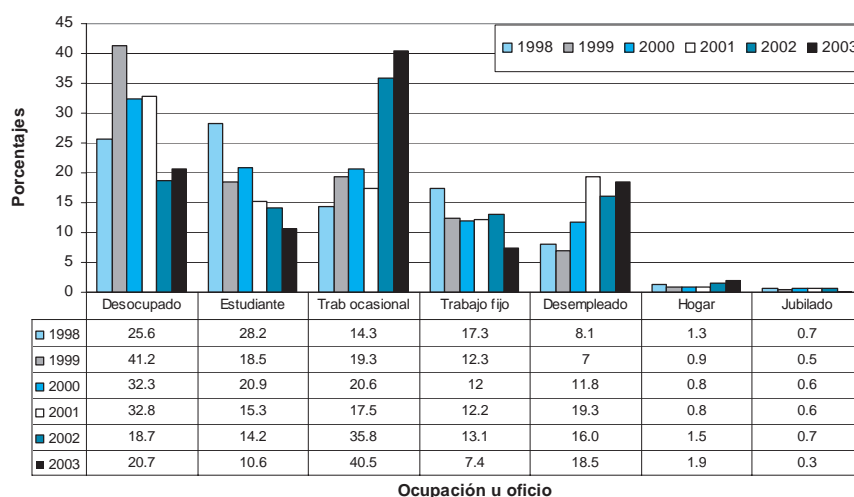
Es relevante mencionar que los estudios de prevalencia en población general, realizados en Colombia desde 1992, ya señalaban esta tendencia para diversos psicoactivos exceptuando los tranquilizantes menores en donde la mujer presenta proporciones más elevadas de consumo con respecto a los varones. El comportamiento de esta distribución se ha mantenido año tras año sin cambios significativos, siendo el año 1999 el que presenta el mayor porcentaje (22.3%) de atención a mujeres en los centros de tratamiento mencionados.

Dicho informe indica que en relación con los patrones de uso y abuso de psicoactivos, las bebidas alcohólicas y el consumo de cigarrillo se encuentran profundamente arraigados en nuestra cultura. De hecho, la vigilancia epidemiológica muestra de manera consistente que el alcohol etílico y el cigarrillo se constituyen en los psicotrópicos que sirven de puerta de entrada al uso indebido de otras sustancias tales como la marihuana, los inhalables, el basuco, la cocaína y más recientemente la heroína y el “éxtasis” entre otras. Sumado a este hecho, que tiene consecuencias socialmente relevantes, se encuentra la frecuente asociación entre el consumo de alcohol y los accidentes de tránsito, la riña, la violencia callejera y la disfunción familiar.

Encuanto a la ocupación u oficio que desarrollan los entrevistados a través del formato de captura de datos del VESPA para centros de tratamiento y rehabilitación, se encontró que la mayor frecuencia registrada durante 2002 y 2003 se ubica en la categoría de los trabajadores ocasionales, es decir, aquellos que se encontraban con vinculación laboral temporal o a demanda. Para el 2003 el 40.5%, que en población restituida equivale a 1.480 casos eran trabajadores ocasionales.

Actualmente en Bogotá, D.C. el sistema de vigilancia epidemiológica VESPA está integrado por 57 centros de tratamiento de los cuales cincuenta y cuatro son de origen privado.

Gráfico 3. Distribución de consultantes según ocupación u oficio Bogotá, D.C. Años 1998 a 2003



Fuente: Ventana de centros de tratamiento del sistema VESPA – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. 2004

Si bien los patrones de consumo en general tienden a mantenerse, es importante conocer cuáles son los cambios desde el inicio de la ingesta o consumo de las sustancias psicoactivas. En este sentido, cabe mencionar que las sustancias de inicio o primarias que presentan las

mayores frecuencias de consumo han sido en su orden, las bebidas alcohólicas que para el año 2003 presentan un 40.8%, lo cual equivale en términos absolutos a 1.493 personas que al asistir a los centros de tratamiento informaron que el alcohol etílico fue la primera sustancia que consumieron. Los psicoactivos que le siguen al alcohol como “droga primaria” son el tabaco con el 33.1% (n=1.208) y la marihuana con 638 casos (17.5%).

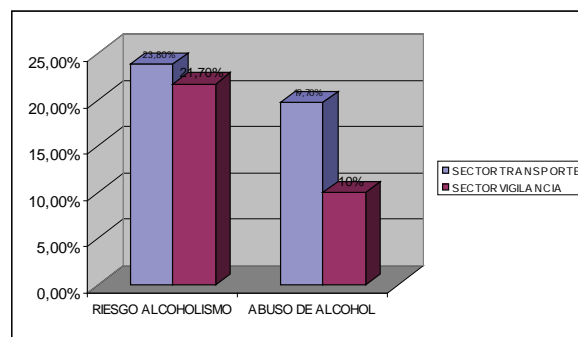
Como característica generalizada quienes se presentan a un centro de tratamiento por un problema de drogas refieren haber consumido más de una sustancia.

De acuerdo con el estudio de estimación de costos ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas en pacientes de dos centros de urgencias en Bogotá en el 2004²⁴, se encontró que el alcohol es la sustancia que tiene mayor relación con los casos de urgencia (10%), en segundo lugar está la marihuana con el 1,1% de los casos estudiados.

La variable edad mostró un mayor consumo en las personas menores de 40 años, etapa más activa del ser humano. El 85% de las personas que reportaron haber consumido alguna sustancia antes de su ingreso a urgencias era masculino. El 2% (2/1.066) casos se relacionaron con accidentes de trabajo de los cuales uno (1) solamente registró consumo de benzodiazepinas. La población consumidora, en el 4,7% cuenta con trabajo fijo y 3,7% con trabajo ocasional. Los días de mayor uso del servicio asociados con el consumo de sustancias psicoactivas fueron el sábado, el domingo y en la madrugada del lunes. En materia de costos reales, propiamente dichos, los cálculos son bastante gruesos que constituyen sólo aproximaciones que oscilan entre \$150.000,00 hasta \$6.000.000,00.

Por otra parte, datos del estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social sobre formas de violencia en el trabajo durante el año 2004, el riesgo de alcoholismo y abuso de alcohol se consideraron como consecuencias sobre la salud de los trabajadores de la violencia laboral, así: para riesgo de alcoholismo el sector del transporte con 23.8% y de vigilancia con 21,7%, para abuso de alcohol 19,7% en transporte y 10% en vigilancia.

Gráfico N° 4. Proporción Riesgo de Alcoholismo y Abuso de alcohol por sectores. Ministerio de la Protección Social. 2004



Fuente: Estudio sobre violencia en el trabajo. MPS 2004

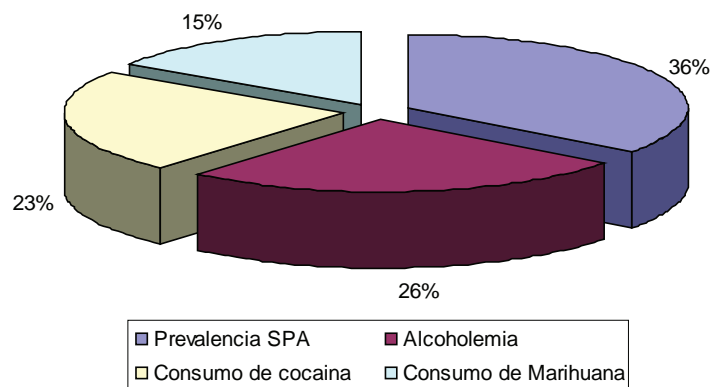
Como característica generalizada quienes se presentan a un centro de tratamiento por un problema de drogas, refieren haber consumido más de una sustancia.

24. Población entre 12 y 60 años que requirieron asistencia médica de urgencia en dos hospitales durante 2 semanas (23 de agosto al 6 de septiembre de 2004) las 24 horas continuas.

En Cali, se realizó un estudio de corte transversal durante 1998 a 2002 en 404 casos de muertes violentas²⁵ en esa ciudad, en el que se buscó identificar la prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas.

Los resultados arrojaron que existe una prevalencia de sustancias psicoactivas del 31,9%, alcoholemia del 23,7% y drogas de abuso y sustancias tóxicas 29,2% (cocaína 21% y marihuana 14%). El hallazgo de sustancias psicoactivas fue más frecuente en hombres, en edades de 20 a 45 años y en suicidios, los resultados arrojaron la siguiente información²⁶.

Gráfico N° 5. Consumo de SPA en muertes violentas en Cali



El hallazgo de sustancias psicoactivas fue más frecuente en hombres, en edades de 20 a 45 años y en suicidios.

Fuente: Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. 2005

4.4. Grupos Focales

La información obtenida de los grupos focales integrados por trabajadores de sectores económicos identificados como vulnerables (transporte, construcción, eléctrico, salud y financiero), permite realizar una aproximación a las diferentes percepciones que estos tienen acerca del consumo de sustancias psicoactivas SPA, las circunstancias que inducen su consumo y los factores asociados o relacionados con dicha problemática.

Es necesario anotar que cualquier afirmación en relación con la población general es sólo un intento por contar con un referente que permita orientar el diseño de las herramientas pedagógicas para el abordaje preventivo de esta problemática, pues los datos aquí presentados sólo reflejan la realidad en los trabajadores que participaron en los grupos focales.

La primera fuente directa de información en este estudio fue el resultado arrojado por los seis (6) grupos focales, los cuales fueron conformados por trabajadores de los sectores: financiero, salud, construcción, eléctrico y de transporte; por profesionales del área de Promoción y Prevención de las Administradoras de Riesgos Profesionales y por representantes de los Centros de Atención en Drogadicción.

25. Muestreo aleatorio sistemizado de 17.434 necropsias.

26. BRAVO, Pablo y otros. Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali, Artículo de la Revista Colombia Médica Vol. 36 N° 3 2005.

Para los grupos focales de los trabajadores se formularon los siguientes cuestionamientos:

Pregunta 1. ¿Cuáles son las sustancias que más se consumen en el sector o empresa donde labora?

Pregunta 2. ¿Quiénes son los que más las consumen?

Pregunta 3. ¿En qué circunstancia se consume? Lugar, momento.

Pregunta 4. ¿Qué situaciones en su empresa o su sector económico considera llevan al consumo de SPA?

Pregunta 5. ¿Qué ha percibido en su ambiente de trabajo como respuesta frente a esta problemática? (es indiferente, le preocupa).

Pregunta 6. ¿Conoce alguna actividad que se haya realizado en su sector que detecte o trate esta problemática?

4.4.1. Trabajadores sector financiero.

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

Las personas de este grupo consideran que existen casos donde los empleados se presentan a laborar con signos de consumo de alcohol (consumo realizado en horario fuera de oficina) como son: tufo, ojos rojos, cansancio, dificultad de concentración, malestar general.

Estos casos según los participantes son aceptados en el medio y por esto no se reportan, como son esporádicos la tendencia es a la tolerancia. Se cree que en este sector ha cambiado un poco la costumbre. Se percibe que hoy en día el consumo fuera de la organización se realiza con menor frecuencia que en otras épocas, y que es más común en fines de semana.

El consumo de alcohol dentro de las instalaciones es de tipo social en reuniones como celebraciones, cumpleaños, concursos, fin de año, en los cierres de negocios, con clientes, estos últimos considerados funciones dentro de las relaciones públicas.

El 80% de los hombres jóvenes consumen alcohol semanalmente durante los torneos o actividades de los sábados (tercer tiempo).

El “happy hour” ha sido uno de los factores que induce el consumo en días diferentes al viernes, razón por la cual las llegadas tarde o ausentismo no son característicos solamente del día lunes.

El 10% de los participantes refirió consumo de cocaína por parte de los trabajadores de este sector para tener prestigio y estar a la moda. (2 de 20).

El 80% de los hombres jóvenes consumen alcohol semanalmente durante los torneos o actividades de los sábados (tercer tiempo).

Con respecto al tabaco, como consecuencia de la normativa existente, se ha reducido de manera significativa su consumo durante la jornada laboral. En las empresas que no tienen asignado lugares específicos para su consumo, por lo tanto los trabajadores se ubican en las escaleras o en la calle fuera de la oficina durante la jornada laboral o en los descansos. Indican que entre el 15% al 20% de la población consume tabaco.

En este sector, también se dan casos de consumo de algunos antidepresivos, uno muy aceptado es el "O.K." que se consigue en los almacenes vegetarianos y no tiene control. Otras sustancias, como la valeriana utilizada para cuando están muy estresados por metas o proyectos especiales, son aceptadas sin ningún reparo.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

Las personas de este segmento perciben como factor asociado al consumo de alcohol, valeriana y antidepresivos en la organización, la alta presión en los cargos que dependen del cumplimiento de metas, así como los horarios extendidos. En algunas empresas la presión de tipo social cuando los jefes o las personas de mayor rango tienden a consumir estas sustancias influyen en la ingesta de sus colaboradores, quien no lo haga puede ser señalado o rechazado. Se refiere la importancia de controlar el maltrato de los jefes, pues también puede influir en altos estados de tensión y consumo de estas sustancias.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

Respecto a este punto la percepción es que las empresas responden con acciones de tipo punitivo llegando al despido del colaborador que se encuentre consumiendo este tipo de sustancias en horario laboral. Se hace mucho énfasis en el control del cigarrillo.

Perciben una cultura de tolerancia a la ingesta siempre y cuando no genere problemas en su tarea diaria. Piensan que las empresas que fomenten actividades de tipo cultural y deportivo en horarios de oficina podría ser una forma de abordar el problema de estrés y fatiga extrema que llevan a desear momentos de relajación.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

Este segmento considera que en general no hay experiencias de atención o aceptación de la problemática puesto que no se registra abiertamente y las personas temen al despido, por lo tanto quién tiene este problema lo oculta. Manifiestan no conocer programas o políticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

4.4.2. Trabajadores sector construcción.

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

En algunas empresas la presión de tipo social cuando los jefes o las personas de mayor rango tienden a consumir estas sustancias influyen en la ingesta de sus colaboradores.

Este sector considera que el consumo es muy alto y no se hace en un día de la semana determinado, está asociado a la forma de pago si es semanal, mensual o quincenal, e indican que el 70% de los trabajadores consume alcohol.

Generalmente el obrero distribuye el salario en rubro de transporte, gastos y algo para la familia, lo demás lo consume en alcohol. La mayoría lo hacen fuera de horario de trabajo, sin embargo se perciben cada vez más casos dentro del horario en forma clandestina, situación que en raras ocasiones es conocida por los administradores del personal (el 20% de los participantes manifestaron esta situación).

Es importante anotar que en ciudades intermedias y pueblos el consumo de chicha y guarapo es diario como bebida hidratante, culturalmente aceptada y promovida desde el hogar. Los trabajadores de proyectos de ingeniería y también los trabajadores de la región beben esta sustancia todo el día en su horario laboral y fuera de ella. Se encontraron comentarios sobre casos en zonas urbanas de estrato uno y dos que también hacen uso de esta bebida diariamente como parte de su alimentación.

El 20% de los participantes refieren conocer el consumo de marihuana en este sector. (2 de 10).

Con relación a tabaco, la proporción de consumo está entre el 8 y el 15% de los trabajadores.

Otra sustancia que esta siendo muy usada en niveles intermedios de la organización son los energizantes como el “Red bull”, Ciclón y el Guaraná. Se consumen sin ninguna restricción pues son aceptadas comercialmente.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

Algunos de los participantes (4 de 10) creen que los horarios extendidos, la problemática personal y familiar y altos estándares de exigencia, son factores que influyen en el consumo de este tipo de sustancias, buscando bajar la tensión y mejorar el ánimo. También existe la percepción de que algunos profesionales son más propensos a consumir culturalmente alcohol en su labor tales como los ingenieros, los arquitectos que manejan grandes proyectos y los comerciantes.

Es importante anotar que en este segmento es común la presión de grupo y el rechazo si la persona pretende no consumir, hasta el punto de sentirse discriminado.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

Este segmento siente que si por algún motivo son detectados por la organización en una ocasión bebiendo o con síntomas de haber

Otra sustancia que esta siendo muy usada en niveles intermedios de la organización son los energizantes como el “Red bull”, Ciclón y el Guaraná.

ingerido licor son sancionados, señalados y casi perseguidos por los supervisores generando un ambiente más difícil para el trabajador, sin recibir ningún tipo de atención a su problemática personal, sienten que realmente a la empresa no le importa ayudarlos como seres humanos sino evitar el ausentismo o problemas mayores. Los casos detectados son sancionados bajo el rigor del Código Laboral, por esta razón los casos que se dan son clandestinos y no registrados como una problemática que deba ser atendida por un programa especial.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

Los trabajadores de este sector informan que no se han desarrollado programas dirigidos a esta problemática desde el enfoque de la prevención.

4.4.3. Trabajadores sector transporte.

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

Estos trabajadores en general piensan que hoy en día existe mucha conciencia de la responsabilidad que tienen con los pasajeros y del alto riesgo que corren si se exponen a trabajar después de haber ingerido sustancias psicoactivas, por los efectos que tienen en la capacidad de reacción de su organismo.

Expresan conocer la importancia de dormir bien y manejar adecuadamente su tiempo de descanso para que su organismo asimile el alcohol ingerido.

Expresan conocer la importancia de dormir bien y manejar adecuadamente su tiempo de descanso para que su organismo asimile el alcohol ingerido y así evitar accidentes; por lo tanto, no es común en empresas de transporte de pasajeros o de carga que se consuma estas sustancias en horarios de trabajo. Manifiestan que cuando sus ingresos dependen del transporte no se exponen a sanciones o a riesgos innecesarios.

Los participantes comentan que no han dejado de consumir alcohol, lo hacen en horarios que no afectan las actividades de tipo laboral, de tal forma que si ingieren alguna sustancia transcurra el tiempo necesario para eliminarlo de su sistema.

Durante el trabajo nocturno se incrementa el uso de tabaco como mecanismo para controlar la somnolencia, aproximadamente el 20% de los trabajadores refieren consumo.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

En este punto los participantes manifestaron que un factor importante relacionado con el no consumo de sustancias psicoactivas es la alta reglamentación en su actividad y las sanciones graves que conllevan la pérdida de la licencia de conducción, el pago de multas e inclusive la posibilidad de ser encarcelados.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

En este sector se reporta una especial atención al control, por esto cuentan con personal capacitado y especializado en hacer pruebas (aliento y sangre) para detectar sustancias psicoactivas. En general los trabajadores no identifican un programa de atención integral a la problemática.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

La percepción es de total orientación al control, la normatividad y el castigo por incumplimiento, lo que si efectivamente ha reducido en forma importante los casos que se puedan presentar y ha bajado la accidentalidad, pero no ha impactado el consumo.

4.4.4. Trabajadores del sector de la salud.

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

En este sector las personas consultadas consideran que por cultura se consume alcohol en reuniones sociales y celebraciones, ocasionalmente el personal de turno de la institución termina involucrado en estas actividades que conllevan al consumo de licor en horario de trabajo. Proporcionalmente comentan que el 20% de la población del sector consume de manera ocasional alcohol, siendo más característico en la población joven durante las prácticas sociales y de trabajo universitario.

Los participantes refieren además, consumo de cigarrillo (25% de los trabajadores) y sustancias que están al alcance de los empleados tales como: Demerol, Viox, analgésicos y anti-inflamatorios, así como otro tipo de sustancias que manejan especialmente los anestesiólogos quienes se perciben como un segmento del sector salud vulnerable²⁷.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

En este sector los trabajadores consideran su trabajo fatigante pues sus horarios son muy extendidos y de alta presión, identificándolo como uno de los factores de riesgo en el consumo de alcohol y cigarrillo. Por otra parte, este tipo de actividad se presta para ingerir café en forma continua durante toda la jornada acompañado por cigarrillo y en algunos casos por otras drogas para calmar el cansancio o mantenerse alerta.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

Aunque la percepción refiere una tendencia en aumento al consumo de sustancias psicoactivas, no se ha identificado alguna respuesta

El 20% de la población del sector consume de manera ocasional alcohol, siendo más característico en la población joven durante las prácticas sociales y de trabajo universitario.

27. Datos referidos en el estudio realizado por la Fundación Santa Fé de Bogotá y la Escuela Colombiana de Medicina en 1992 sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora. La Sociedad de anestesiología de Uruguay refiere también un estudio de Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. Anest Analg Reanim vol.17 no.1 Montevideo Aug. 2001.

específica a la problemática. Uno de los participantes comentó que en su lugar de trabajo están diseñando una campaña de prevención de tabaquismo.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

Las personas manifiestan su sorpresa puesto que aunque son entidades de salud, la realidad es que no se están cuidando al interior de sus organizaciones.

4.4.5. Trabajadores sector eléctrico.

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

Este sector considera que el consumo es muy alto, aproximadamente el 50% de los trabajadores semanalmente consume licor (cerveza) y está asociado a la forma de pago (viernes o sábado). Culturalmente es aceptado al finalizar la jornada de trabajo junto con los jefes de cuadrilla.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales

La ingesta de alcohol (cerveza) se realiza en horarios fuera de los laborales.

El consumo lo asocian con la asignación de rutas que no se cumplen totalmente durante la jornada de trabajo, en ocasiones prolongándose hasta la noche. El trabajo en los días festivos es otro factor que refieren puede llevar al consumo durante el trabajo.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

En este sector las personas consideran que sus horarios son extendidos y de alta rotación. La ingesta de alcohol (cerveza) se realiza en horarios fuera de los laborales. Si son detectados por la organización en una ocasión bebiendo o con síntomas de haber ingerido licor son sancionados, algunas organizaciones cuentan con un grupo interdisciplinario de profesionales que apoyan el proceso de rehabilitación.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

Algunas organizaciones han tenido actividades orientadas al control del consumo y apoyo a los trabajadores identificados con grupos creados dentro de la empresa.

4.4.6. Representantes de los centros de atención a drogadicción. El guión para este grupo focal fue:

Pregunta 1. ¿En la atención a los trabajadores se ha identificado cuál es el tipo de sustancia con mayor consumo?

Pregunta 2. ¿Cuál es el sector económico o actividad económica que tiene mayor demanda de servicios?

Pregunta 3. ¿En su experiencia cuáles factores del ambiente laboral identifican como protectores y como riesgo?

Pregunta 4. ¿Qué actividades han realizado en las empresas para atender esta problemática?

Pregunta 5. ¿Qué metodologías, recursos, instrumentos o modelos han utilizado?

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

Las personas representantes de este segmento opinan que les llegan casos de farmacodependencia de todos los niveles sociales, económicos y culturales, razón por la cual no podrían decir cuál es el segmento social o laboral más afectado.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

Los registros indican que un alto porcentaje de las personas que consultan lo hacen por tener síntomas de depresión. Perciben que un factor asociado importante es la presión del grupo social y cultural para consumir y la deficiencia en la red familiar de amigos y de apoyo.

Los registros indican que un alto porcentaje de las personas que consultan lo hacen por tener síntomas de depresión.

Frecuentemente se presentan casos en donde la persona piensa que el consumo forma parte de sus procesos personales de vida, esto quiere decir que, algunas de las personas que llegan a estos sitios de atención creen que parte del proceso de la vida es ingerir y probar todo tipo de sustancias.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

Este grupo refiere que los registros de los casos por alcoholismo u otras drogas no se dan en forma fidedigna, pues en este momento en el Sistema de Seguridad Social, el POS (Plan Obligatorio de Salud) es restringido y las personas deben pagar con sus recursos su tratamiento, lo que dificulta el proceso de recuperación.

Su percepción en relación con la respuesta de las empresas al tema, es que en general se acude a procesos legales o punitivos para evitar su consumo. Perciben una cultura de tolerancia a la ingesta siempre y cuando no genere problemas en su tarea diaria.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

Algunas de las personas han tenido la oportunidad de ver un cambio positivo en cuanto al problema del consumo de sustancias psicoactivas,

perciben una mayor consciencia hacia la necesidad de trabajarlo, conocen empresas que solicitan a estas instituciones asesoría para implementar programas de prevención, tratamiento y recuperación de sus empleados dando comienzo a un nuevo abordaje empresarial.

Se han desarrollado acciones de promoción, prevención y atención conjuntamente con entidades especializadas en esta problemática en empresas del sector de alimentos, en el sector floricultor, aduanero, petrolero y en el sector de transporte aéreo.

Es importante anotar que los programas tradicionales abordan esta problemática basados en sesiones de información desde el punto de vista del riesgo y sus consecuencias, los cuales no han dado los resultados esperados. La experiencia más positiva se tiene con programas que abordan el problema desde el punto de vista de la importancia de la construcción del ser humano, de su valor, orientados a llevar a las personas a entender que el problema no es que exista la sustancia, sino la libertad que se tiene para elegir el tipo de vida que se quiere llevar.

4.4.7. Representantes de las ARP's. El guión para este grupo foco fue:

Es importante anotar que los programas tradicionales abordan esta problemática basados en sesiones de información desde el punto de vista del riesgo y sus consecuencias.

Pregunta 1. ¿Qué factores del ambiente laboral podrían identificarse como protectores o de riesgo para el consumo de SPA?

Pregunta 2. ¿Consideran que el consumo de SPA es causa de accidentes en el trabajo?

Pregunta 3. ¿Qué actividades se han desarrollado en relación con esta problemática?

- De las características del consumo de drogas. (Qué, cómo, cuándo, dónde).

Considerando las actividades que se realizan a las empresas a partir de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, al igual que las contenidas en el fomento de estilos de vida y trabajo saludable, tener una aproximación a los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora no es posible. Por otra parte, en los diagnósticos de salud que apoyan los programas de vigilancia epidemiológica se contemplan preguntas relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, los cuales se registran y establecen recomendaciones para el abordaje de esta problemática en caso de referir una proporción alta, pero no caracterizan el consumo.

- Del consumo de drogas y factores asociados en ambientes laborales.

Las personas que participaron en esta sesión manifestaron conocer organizaciones que han tenido accidentes de trabajo donde se presume

que la persona estaba con algún grado de embriaguez o con los efectos derivados del consumo de alcohol; sin embargo, comúnmente no queda registro de los antecedentes mencionados, lo cual los lleva a no saber con exactitud qué tipo de accidentes o qué porcentaje de los accidentes está relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas; lo mismo se concluye en relación con la información del ausentismo laboral, adicionando que el conocimiento de estos datos por parte de la ARP incluye casos asociados solamente con el accidente de trabajo o enfermedad profesional.

- De la atención a la problemática del consumo y abuso de drogas en ambientes laborales.

Las administradoras realizan actividades de tipo informativo sobre el uso o abuso de sustancias psicoactivas, siempre y cuando sea solicitud expresa de la empresa afiliada, dado que esta problemática está cubierta por los planes de las Empresas Prestadoras de Salud. Manifiestan que hasta el momento las actividades de promoción y prevención que se realizan en el subprograma de medicina preventiva y estilos de vida y trabajo saludable, hacen énfasis en otro tipo de afecciones de mayor frecuencia como son las alteraciones en espalda, el estrés, la obesidad, la depresión, entre otras.

En los programas de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial se incluye la variable de consumo de alcohol y otras drogas como resultante de la exposición a factores de riesgo en el ambiente de trabajo.

- De las experiencias desarrolladas en este escenario.

Manifiestan que hasta el momento su experiencia es muy poca y perciben la necesidad de entrar a trabajar este tipo de problemas en las organizaciones, por lo tanto comentan estar dispuestos a recibir un buen programa que les oriente y les dé herramientas prácticas aplicables a todos los sectores y todos los niveles organizacionales, que sea sostenible en el tiempo. Dentro de las inquietudes está el factor financiero, ellos perciben muy poco interés por parte de los patronos en desarrollar este tipo de programas.

En relación con los grupos focales se puede concluir que:

En todos los segmentos se repite frases como:

- “No hay atención ni prevención para esta problemática”
- “A las organizaciones no les interesa el problema de salud del empleado”
- “Las medidas son de control y sanción “
- “Las personas que se detectan con esta problemática son marcadas”

Manifiestan que hasta el momento su experiencia es muy poca y perciben la necesidad de entrar a trabajar este tipo de problemas en las organizaciones.

La percepción generalizada de los trabajadores es que el tipo de sustancia consumida varía de acuerdo con el nivel adquisitivo de las personas, llegando a manifestar que en donde los negocios son de muy alto riesgo y de alto nivel se ingieren sustancias psicoactivas más sofisticadas y costosas.

Se percibe el licor como una sustancia altamente aceptada social y laboralmente, no existe un factor asociado específico para su ingesta, se bebe cuando:

- “Se está triste y cuando se está alegre”.
- “Perdimos el partido o porque lo ganamos”.
- “Hay trabajo y porque no hay”
- “Estamos de vacaciones”
- “Estamos llenos de trabajo”

En general las personas creen que los problemas de tipo familiar, de clima laboral y la alta presión son factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Inclusive manifestaron que algunos medios laborales exigen a las personas ingerir alcohol y si no lo hacen son señalados.

En general las personas creen que los problemas de tipo familiar, de clima laboral y la alta presión son factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Las problemáticas económicas y familiares son las que más se relacionan con el consumo; de este modo, el endeudamiento y las relaciones de pareja afectan a muchos y por ende se convierte en la razón principal para el consumo de sustancias psicoactivas en esta población.

Por otra parte, contar con un grupo de amigos que consuma sustancias psicoactivas (en donde también incluyen cigarrillo y alcohol), es un factor determinante, dado que ellos son quienes los inducen al consumo de cualquiera de ellas, algunos refieren que la razón fue la curiosidad (grupo focal de los centros de atención).

Los factores externos, específicamente los medios de comunicación a través de mensajes estimulantes que llevan al consumo, es otro de los elementos para considerar en esta problemática cuando se habla de drogas legales que han sido aceptadas socialmente (alcohol, tabaco, bebidas energizantes).

Una particularidad relacionada con el sector de construcción, sin que por esto se pueda concluir alguna característica específica; es que algunos trabajadores mencionaron el consumo de drogas (marihuana) para mejorar su productividad. Por otra parte el consumo de chicha y guarapo es tolerado en este sector, como bebida refrescante.

En el sector financiero se mencionó el uso de la cocaína como una forma de participar dentro de los círculos de amigos con los que realizan actividades de diversión.

Durante el desarrollo de los grupos focales, los participantes manifestaron la percepción de mayor exposición al consumo de sustancias psicoactivas en profesionales anestesiólogos, militares, pilotos y en comerciantes o distribuidores de este tipo de productos, por su contacto permanente con estas sustancias.

Tanto las ARP's como los CAD's, muestran preocupación por el tema y perciben que las empresas no están interesadas en hacer planes de prevención y mucho menos invertir dinero del presupuesto para atender esta problemática. Consideran importante dar soporte jurídico que reglamente la responsabilidad empresarial frente a ella.

Algunas personas sugieren que si las empresas fomentan más el deporte y facilitan espacios dentro de la organización para desarrollar actividades de tipo cultural y recreativo, generando espacios diferentes de esparcimiento y fomentando una cultura del uso creativo del tiempo libre, se podría ayudar a evitar el consumo de sustancias psicoactivas, generar distensión y mejorar el bienestar del trabajador reduciendo el estrés. Actualmente algunas empresas están dando mucha importancia a los programas de prevención, atención y tratamiento tanto a sus trabajadores como a las familias.

4.5. Entrevista Informantes Clave

4.5.1. Sistema General de Riesgos Profesionales. Con la realización de encuestas a informantes clave de las 14 Administradoras de Riesgos Profesionales se pudo identificar:

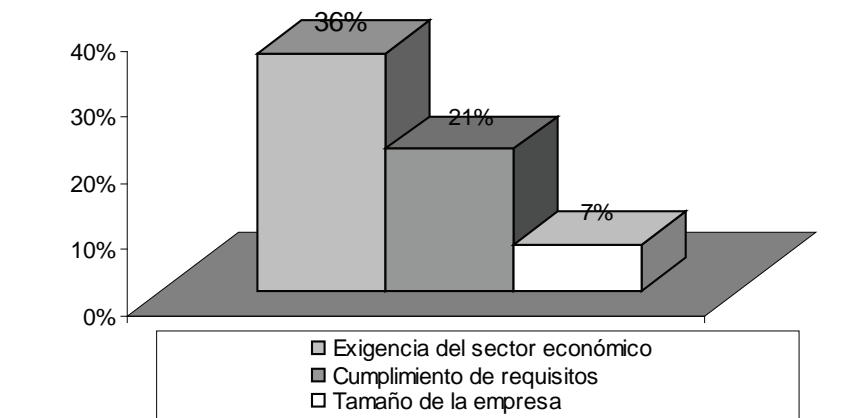
Las Administradoras de Riesgos Profesionales dentro de su papel en el Sistema de Seguridad Social han desarrollado principalmente actividades dirigidas a mejorar el nivel de información de la población sobre los problemas relacionados con el alcoholismo, drogadicción y tabaquismo, con asignación de aproximadamente el 1% del rubro correspondiente a actividades de promoción y prevención (atención a través de los planes de capacitación masiva y programas de estilos de vida y trabajo saludable) soportados en el artículo 35 del Decreto-Ley 1295 de 1994.

Las ARP's que tienen una gran proporción de empresas del sector petrolero, de transportes y exportador, han realizado actividades específicas para estas empresas, a través de su red de prestatarios. Dos de las quince ARP's tienen programas específicos para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas (13%).

Aproximadamente el 2% (7.300/369.183) de las empresas afiliadas al sistema de riesgos profesionales, han formulado una política de alcohol y drogas en el trabajo, correspondientes a los sectores de Transporte aéreo y terrestre, del sector petrolero y del sector de vigilancia privada, y las empresas que forman parte de la cadena de exportación (manufactura, logística y almacenamiento, vigilancia, transporte y gestión comercial) que cumplen requisitos comerciales con el BASC. Ver gráfico No. 6.

Actualmente algunas empresas están dando mucha importancia a los programas de prevención, atención y tratamiento tanto a sus trabajadores como a las familias.

Gráfico No. 6. Distribución de razones que explican la existencia de política en empresas afiliadas al sistema. 2006



Fuente: entrevista realizada a las ARP's vigentes. 2006

En las investigaciones de accidentes, registros de accidentes mortales o incapacidades por Accidente de trabajo o estadísticas de ausentismo, no hay registro (evidencia) de consumo de sustancias psicoactivas por parte del trabajador.

En algunas empresas se realizan las valoraciones médicas que incluyen datos en relación con el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas).

Dentro de los programas de vigilancia epidemiológica, utilizados por las ARP's, para el control de factores de riesgo psicosocial se encontraron preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas en los instrumentos de diagnóstico utilizados, pero dicha información tiene propósitos diferentes a la orientación y atención de esta problemática en el trabajador.

Aunque en algunas empresas se realizan las valoraciones médicas que incluyen datos en relación con el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas) los planes que se derivan de esta actividad van dirigidos a prevención y control de la enfermedad profesional.

En este momento, dentro de la documentación revisada, no existen estudios que relacionen factores del ambiente de trabajo con el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Las actividades de prevención terciaria, con programas que incluyan asistencia al trabajador en las dimensiones física y psicológica, son realizadas directamente por las empresas.

4.5.2. Sistema de Seguridad Social en Salud. Las EPS's como administradoras del régimen contributivo, dentro de sus programas de prevención y promoción incluyen acciones individuales dirigidas a proporcionar información relacionada con el tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia, incluyendo en sus cronogramas anuales de capacitación a la población afiliada. Aunque existe asignación de recursos la ejecución de los mismos refiere cumplimientos orientados a temáticas relacionadas con patologías de mayor relevancia epidemiológica.

Por otra parte, las Alcaldías y Administradoras del Régimen Subsidiado tienen a su cargo el desarrollo de acciones de promoción y prevención a la población trabajadora informal, quienes en respuesta a la demanda de estos servicios realizan sesiones informativas sobre el tema de alcohol, tabaco y otras drogas. Es importante resaltar que la asignación de recursos para el desarrollo de estas actividades es reducido, dado que los criterios para la programación de servicios están sujetos principalmente a los perfiles de morbi-mortalidad identificados en las poblaciones asignadas.

4.5.3. El sector productivo. Las empresas soportadas en el Código Laboral, hacen explícita la prohibición del consumo de alcohol en los lugares de trabajo o de presentarse bajo el efecto del mismo. Algunas refieren ser indiferentes al consumo de sustancias psicoactivas en sus trabajadores, justifican su postura soportados en que es un problema privado e individual con causas no laborales (familia, historia de vida). Las conductas que se siguen en casos de trabajadores consumidores de estas sustancias que se presentan al trabajo están relacionadas con la sanción por no haberse presentado a trabajar en condiciones adecuadas y/o no pago del día de trabajo. Algunos jefes aconsejan y orientan al trabajador para que trate el problema.

Existen empresas que consideran que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema que les compete y se preocupan por él, brindan medios y recursos para el control del consumo, capacitación a sus empleados y apoyo para el tratamiento.

Los profesionales de recursos humanos perciben que las condiciones laborales no son un factor que conlleve el consumo de sustancias psicoactivas en los trabajadores, consideran que este fenómeno es poco visto dentro de las organizaciones, razón por la cual la respuesta actual hasta el momento es suficiente en relación con el control (llamado de atención, despido, recomendación para que busque tratamiento).

4.5.4. Otros actores. Los sindicatos en su papel de comunicación entre los trabajadores y las empresas, juegan un papel importante en el fomento de la salud y la orientación para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el lugar de trabajo. Aunque se han identificado casos de accidentes relacionados con el consumo de alcohol principalmente, dado que se han cumplido los acuerdos y los derechos del trabajador, este tema no ha sido abordado de manera significativa.

Los Centros de Atención en Drogadicción han desarrollado programas de atención a la población trabajadora en respuesta a las solicitudes presentadas por las empresas, articulando su experiencia en otros ámbitos (comunitario y escolar) en este segmento de la población.

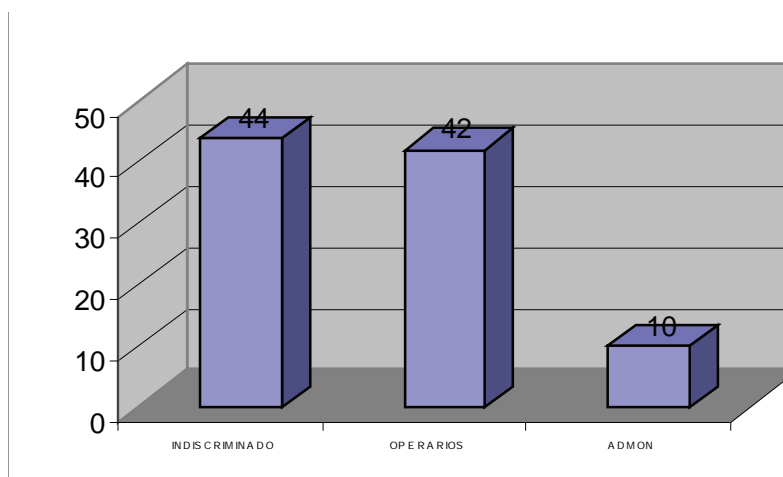
4.6. Encuesta a Trabajadores

En respuesta a las preguntas formuladas se encontraron los siguientes resultados:

Las empresas soportadas en el código laboral, hacen explícita la prohibición del consumo de alcohol en los lugares de trabajo o de presentarse bajo el efecto del mismo.

4.6.1. Consumo de sustancias psicoactivas por cargo: de acuerdo con las respuestas dadas por los trabajadores, aunque inicialmente el cargo de operario es percibido como el que más consume, el 40% de los encuestados refiere indiferencia del cargo hacia el consumo de sustancias psicoactivas. Ver gráfico No. 7.

Gráfico No. 7 Distribución del consumo de SPA por tipo de cargo. 2006.



Fuente: Encuesta trabajadores encargados PSO 2006

4.6.2. Frecuencia de consumo de alcohol o tabaco. El mayor porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas es semanal y corresponde al fin de semana, le siguen los ocasionales y el consumo quincenal como el diario se encuentran en tercer lugar. En relación con el tabaco el consumo diario ocupa el primer lugar. Ver tabla 5.

Tabla 5. Proporción de consumo de alcohol o tabaco de acuerdo con la frecuencia de uso.

FRECUENCIA	ALCOHOL		TABACO	
	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje
OCASIONAL	12	24%	0	0%
DIARIO	2	4%	40	91%
QUINCENAL	2	4%	2	5%
SEMANAL	34	68%	2	5%

Fuente: Encuesta trabajadores encargados PSO 2006

4.6.3. Momento de consumo. Las opciones de fin de semana y actividades sociales fueron las de mayor representatividad para el alcohol, en relación con el tabaco durante el trabajo en las jornadas de descanso se encuentra la mayor proporción de respuestas. Ver tabla 6.

Tabla 6. Proporción de consumo de alcohol o tabaco de acuerdo con el momento de consumo.

MOMENTO DE CONSUMO	ALCOHOL		TABACO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ACTIVIDADES SOCIALES	16	30%	0	0%
EN EL DESCANSO	0	0%	16	39%
DESCANSO MEDIO DIA	0	0%	2	5%
FIN DE SEMANA	28	53%	1	2%
FIN DE LA JORNADA	4	8%	2	5%
EN EL TRABAJO	5	9%	20	49%
	53	100%	41	100%

Fuente: Encuesta trabajadores encargados PSO 2006

4.6.4. Razón de consumo. En esta pregunta se podía responder con varias razones, la que resultó con mayor frecuencia para el alcohol está relacionada con los problemas personales, le sigue la cultura y presión social. Con respecto al consumo de tabaco el gusto y el estrés son los principales motivos de consumo. Ver tabla 7.

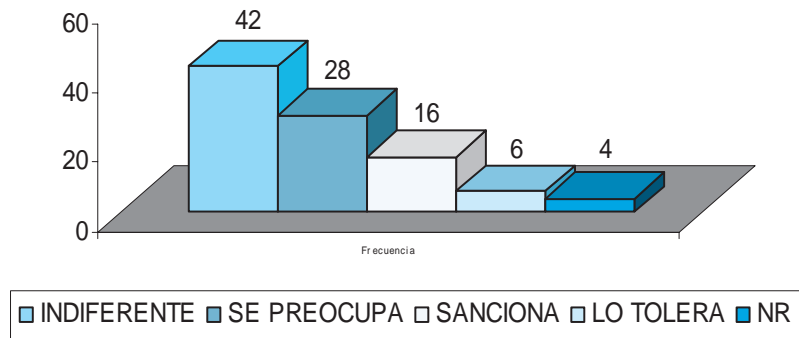
Tabla 7. Proporción de consumo de alcohol o tabaco de acuerdo con el motivo de consumo.

RAZON DE CONSUMO	ALCOHOL		TABACO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
PROBLEMAS	16	30%	8	0%
COSTUMBRE	0	0%	5	13%
CULTURA	14	26%	0	0%
ESTRÉS	4	7%	12	30%
PRESIÓN SOCIAL	9	17%	0	0%
GUSTO	4	7%	13	33%
RELAJANTE	4	7%	2	5%
NR	3	6%	0	0%

Fuente: Encuesta trabajadores encargados PSO 2006

4.6.5. Respuesta de la empresa en relación con la problemática. La mayoría de las empresas son indiferentes a las situaciones que se relacionan con trabajadores que consumen sustancias psicoactivas, casi el 50% de los trabajadores indicaron esta opción. El 20% se preocupa y el 16% sanciona al trabajador.

Gráfico No. 7 Distribución postura de la empresa frente a la problemática. 2006.



Fuente: Encuesta trabajadores encargados PSO 2006

5. CONCLUSIONES

Como resultante de la revisión documental existente a la fecha en Colombia, la realización de entrevistas con informantes clave y el desarrollo de los grupos focales, se presentan las conclusiones a partir de los cuatro interrogantes iniciales planteados para la construcción del diagnóstico situacional:

- Las características de consumo en la población trabajadora.
- La atención de la problemática, los recursos técnicos y financieros.
- Los factores asociados al consumo.
- Las experiencias desarrolladas en este escenario.

5.1. Características del Consumo en la Población Trabajadora

En Colombia, podría interpretarse que la edad de inicio en el consumo no es la propia de la población trabajadora, que el mayor riesgo de adquirirlo se encuentra en estudiantes, que el trabajo no opera como el principal sitio donde se registre el consumo, y que adicionalmente es un problema que afecta principalmente a los hombres.

En el estudio nacional de salud mental realizado entre 2003 y 2004, en la población colombiana de 18 a 65 años ubicados en las zonas urbanas, se encuentra que el problema global del consumo de sustancias psicoactivas se observa fundamentalmente en el sexo masculino: ocho de cada 40 hombres comparado con una de cada 40 mujeres.

Considerando los estudios realizados en Colombia, el análisis muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias es de 10.6%. El abuso de alcohol es el principal problema, teniendo una prevalencia de vida de 6.7%, lo que indica que uno de cada quince colombianos abusa del alcohol. Cuando se analiza el uso de drogas ilegales, el de mayor prevalencia de vida es la marihuana con un 11.1%, seguida de la cocaína con 3.7% y tranquilizantes 2.6%.

La prevalencia de vida de trastornos por sustancias es de 10.6%.

Como resultante de los grupos focales, se puede decir que el consumo de sustancias psicoactivas legales (tabaco, alcohol, tranquilizantes) no se percibe inicialmente como un elemento nocivo para la salud debido a que está culturalmente adaptado al entorno y su esquema mental. Para el alcohol y tabaco se pensaría que se consume en todas las edades, destacando para el alcohol su consumo los fines de semana e incluso el día jueves. Se considera que los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres.

En relación con los trabajadores encuestados se puede concluir que tienen información sobre este fenómeno pero no están convencidos lo suficiente como para actuar en pro de su salud. Demostrando así que las personas retienen de manera selectiva la información que más concuerda con su sistema de valores para luego descontextualizarla.

Con respecto al momento del consumo de sustancias psicoactivas, los trabajadores encuestados indicaron que las opciones de fin de semana y actividades sociales fueron las de mayor representatividad para el alcohol, mientras que el consumo del tabaco se realiza principalmente durante el trabajo en las jornadas de descanso.

Al revisar la información encontrada en los grupos focales por sector económico se encontró una particularidad relacionada con el sector de construcción, sin que por esto se pueda concluir alguna característica específica, es que algunos trabajadores mencionaron que consumen drogas (marihuana) para mejorar su productividad. Por otra parte en el sector financiero se mencionó el uso de la cocaína como una forma de estar a la moda dentro de los círculos de amigos con los que realizan actividades de diversión.

Se considera que los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres.

5.2. La Atención de la Problemática, los Recursos Técnicos y Financieros

A pesar de la existencia de un marco regulatorio que establece las obligaciones y responsabilidades tanto para los trabajadores, empleadores y entidades del Sistema de Seguridad Social; en la práctica, la reacción de actividades de promoción y prevención en la población trabajadora se limita a cumplir con procesos informativos sobre este fenómeno. En lo que respecta al control de los factores de riesgo ocupacionales y la atención de trabajadores consumidores de sustancias psicoactivas, solamente organizaciones de los sectores de alto riesgo de accidentalidad o que requieren certificación de sus procesos productivos, han desarrollado intervenciones estructuradas bajo un enfoque más represivo que comprensivo.

El conjunto de normas vigentes que regula las relaciones de las personas con las sustancias psicoactivas ha venido evolucionando en el país, de medidas prohibicionistas y pedagogías negativas hacia leyes y acuerdos que asumen el sujeto de derechos como corresponsable con la familia, la sociedad y el Estado. La obligación legal a cargo de los empleadores es clara y el objetivo que deben alcanzar, también lo es, pueden adelantar campañas de sensibilización, reuniones,

capacitaciones, talleres grupales o individuales, campañas a través de medios de comunicación tradicionales o informáticos, implementar políticas de alcohol y drogas, dirigidos al fomento de ambientes de trabajo más seguros y saludables.

Las Administradoras de Riesgos Profesionales dentro de su papel en el Sistema de Seguridad Social han desarrollado principalmente actividades dirigidas a mejorar el nivel de información de la población sobre los problemas relacionados con el alcoholismo, drogadicción y tabaquismo, con asignación de aproximadamente el 1% del rubro correspondiente a actividades de promoción y prevención (atención a través de los planes de capacitación masiva y programas de estilos de vida y trabajo saludable) soportados en el Artículo 35 del Decreto-Ley 1295 de 1994.

Aproximadamente el 2% (7.300/369.183) de las empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales en el año 2006, han formulado una política de alcohol y drogas en el trabajo, correspondientes a los sectores de Transporte Aéreo y Terrestre, del Sector Petrolero y del Sector de Vigilancia Privada, y las empresas que forman parte de la cadena de exportación (manufactura, logística y almacenamiento, vigilancia, transporte y gestión comercial) que cumplen requisitos comerciales con el BASC.

En las investigaciones de accidentes, registros de accidentes mortales o incapacidades por Accidente de trabajo o estadísticas de ausentismo, no hay registro (evidencia) de consumo de sustancias psicoactivas por parte del trabajador.

Dentro de los programas de vigilancia epidemiológica, utilizados por las ARP's, para el control de factores de riesgo psicosocial se encontraron preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas en los instrumentos de diagnóstico utilizados, pero dicha información tiene propósitos diferentes a la orientación y atención de esta problemática en el trabajador.

Las empresas soportadas en el código laboral, hacen explícita la prohibición del consumo de alcohol en los lugares de trabajo o de presentarse bajo el efecto del mismo. Algunas refieren ser indiferentes al consumo de sustancias psicoactivas en sus trabajadores, justifican su postura soportados en que es un problema privado e individual con causas no laborales (familia, historia de vida). Las conductas que se siguen en casos de trabajadores consumidores de estas sustancias que se presentan al trabajo están relacionadas con la sanción por no haberse presentado a trabajar en condiciones adecuadas y/o no pago del día de trabajo. Algunos jefes aconsejan y orientan al trabajador para que trate el problema.

Tanto las Administradoras de Riesgos Profesionales como los Centros de Atención en Drogadicción, muestran preocupación por el tema y perciben que las empresas poco o nada están interesadas en hacer planes de prevención, mucho menos invertir dinero del presupuesto

Aproximadamente el 2% (7.300/369.183) de las empresas afiliadas al sistema de riesgos profesionales en el año 2006, han formulado una política de alcohol y drogas en el trabajo.

para atender esta problemática. Consideran que si se reglamenta sería la forma de atenderlo.

5.3. Los Factores Asociados al Consumo

En este momento, dentro de la documentación revisada, no existen estudios que relacionen factores del ambiente de trabajo con el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, que indague sobre las causas en el entorno laboral y que reconozca las condiciones de trabajo como parte importante en el proceso que ocurre en la persona, desde el establecimiento de pautas de consumo inadecuadas hasta su dependencia.

Las problemáticas que más se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas son económicas y familiares; de este modo, el endeudamiento y las relaciones de pareja afectan a muchos y por ende se convierte en la razón principal para el consumo de sustancias psicoactivas en esta población. Por otra parte, contar con un grupo de amigos que consuman drogas (en donde también se incluyen el cigarrillo y el alcohol), es un factor determinante, dado que ellos son quienes los inducen al consumo de cualquier sustancia, algunos refieren que la razón fue la curiosidad.

El grado de utilización del alcohol como favorecedor de actividades sociales y celebraciones, son factores que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora.

Así como el clima y los factores culturales desempeñan un papel relevante entre las pautas de consumo de una comunidad, la permisividad hacia el consumo, el grado de utilización del alcohol como favorecedor de actividades sociales y celebraciones, son factores que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora.

Los factores externos, específicamente los medios de comunicación a través de mensajes estimulantes que llevan al consumo, es otro de los agentes a considerar cuando se habla de drogas legales que han sido aceptadas socialmente (alcohol, tabaco, “red bull”, “peak”, ciclón, guaraná).

5.4. Las Experiencias Desarrolladas en este Escenario

Son pocas las empresas con experiencias en la atención o aceptación de la problemática puesto que no se registra abiertamente y las personas temen al despido, por lo tanto quien tiene este problema lo oculta.

Aunque en algunas empresas se realizan las valoraciones médicas que incluyen datos en relación con el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas) los planes que se derivan de esta actividad van dirigidos a prevención y control de enfermedad la profesional.

Los sectores petrolero, de transporte terrestre, de transporte aéreo y exportador (flores, alimentos, logística) son pioneros en el desarrollo de políticas y programas de prevención del consumo, orientadas al control de este fenómeno en su población trabajadora.

6. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados encontrados en el diagnóstico, que indican diferencias significativas en relación a las necesidades de atención de los trabajadores y la asignación de recursos técnicos y financieros para dar respuesta a este fenómeno, es relevante diseñar una propuesta articulada que integre las acciones de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social fundamentada en la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora.

Se percibe la necesidad de divulgar y vigilar el cumplimiento de la normativa existente en relación con el tema de consumo de sustancias psicoactivas en los trabajadores, formentando un mayor compromiso por parte de las empresas en aras de garantizar condiciones de bienestar y seguridad a la población económicamente activa, a través de la realización de acciones de prevención del consumo de SPA y promoción de hábitos saludables.

Con el fin de establecer una línea de base en relación con el consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora en Colombia, se hace necesario desarrollar estudios que contemplen aspectos como:

- La estimación de los costos humanos, sociales y económicos del consumo de sustancias psicoactivas en la población trabajadora.
- La relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas, la seguridad en el empleo y la productividad.
- El impacto económico y social de los programas de prevención de sustancias psicoactivas.
- La identificación de variables extralaborales (influencia familiar, situación económica), intralaborales e individuales en la población trabajadora, con el propósito de implementar medidas preventivas integrales.

Es relevante diseñar una propuesta articulada que integre las acciones de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social.

Se requiere definir el alcance que tendría la participación de las ARP's en la prevención de accidentes y enfermedades derivados del consumo de sustancias psicoactivas en el trabajo, al igual que el impacto económico que podría generarse hacia las EPS's y a las Administradoras de Fondos de Pensiones al momento de pagar las incapacidades por riesgo común que reclamen los trabajadores afiliados.

Se considera necesario evaluar el impacto económico y político del pago de incapacidades originadas en accidentes o enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas por parte del Sistema de Seguridad Social.

Se hace necesario propiciar procesos de formación en el tema, para generar una cultura del autocuidado entre los diversos actores del Sistema General de Riesgos Profesionales, pero especialmente, entre los trabajadores.

Dada la ausencia de sistemas efectivos de diagnóstico, registro y seguimiento en diversas empresas, que no permiten estructurar datos estadísticos relevantes, se recomienda contar con un sistema de información que permita la vigilancia epidemiológica ocupacional para el control del consumo de sustancias psicoactivas de los trabajadores en el marco del Programa de Salud Ocupacional.

Las acciones de promoción y prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas en los lugares de trabajo, posibilitan un mayor nivel de seguridad y salud en los trabajadores

Las acciones de promoción y prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas en los lugares de trabajo, posibilitan un mayor nivel de seguridad y salud en los trabajadores, incrementan la productividad como consecuencia de la reducción del ausentismo laboral, reducen la accidentalidad y los problemas disciplinarios en los trabajadores y comercialmente proyecta una imagen corporativa positiva en el mercado.

Teniendo en cuenta la importancia de contar con recurso humano calificado para la atención adecuada de este fenómeno, se hace necesario fortalecer el grupo de profesionales de promoción y prevención en el Sistema General de Riesgos Profesionales para el abordaje del tema de sustancias psicoactivas, hacia niveles de intervención que superen lo informativo, orientándolos en la generación de estrategias que fomenten la cultura preventiva.

ANEXO

1. Fundamentación Normativa: Marco Regulatorio

1.1. Normatividad en el Sistema General de Riesgos Profesionales.

1.1.1. Planteamiento. La vigencia, solidez y eficacia de los objetivos que persigue el Sistema General de Riesgos Profesionales, dependen en gran medida del cumplimiento de los deberes a cargo de los diferentes sectores que lo integran.

En lo que se refiere a los empleadores, como parte integral de la relación laboral, es indispensable una aplicación adecuada de las normas que rigen la afiliación y cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral en general y en especial al Sistema General de Riesgos Profesionales. Una vez determinadas las responsabilidades de los diferentes actores en materia de afiliación y aportes, es necesario analizar y a partir de la definición de accidente de trabajo o enfermedad profesional vigentes, el Sistema de Riesgos Profesionales se encuentra obligado a reconocer alguna prestación al trabajador que padezca algún tipo de farmacodependencia. Finalmente, se hace necesario analizar el papel que desempeñan el empleador y el Ministerio de Protección Social en la prevención de la farmacodependencia entre la población trabajadora.

El presente escrito, busca exponer en forma clara y concreta, aspectos relevantes sobre los temas antes citados, de conformidad con las normas legales vigentes y la jurisprudencia aplicable.

1.1.2. Afiliados obligatorios al sistema de riesgos profesionales y su régimen de cotizaciones.

- **Trabajadores dependientes: afiliación y cotizaciones.**

De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes entre los afiliados obligatorios al Sistema General de Riesgos Profesionales se encuentran los trabajadores dependientes, nacionales o extranjeros,

El Sistema de Riesgos Profesionales se encuentra obligado a reconocer alguna prestación al trabajador que padezca algún tipo de farmacodependencia.

vinculados mediante un contrato de trabajo. En los casos anotados la afiliación será obligatoria, sin importar que el contrato sea verbal, escrito, a término fijo, indefinido o por duración de la obra.

Igualmente, también deben afiliarse obligatoriamente al Sistema General de Riesgos Profesionales, los pensionados que se vinculen de nuevo a la actividad laboral mediante contrato de trabajo.

En lo que se refiere a los trabajadores dependientes, el ingreso sobre el cual el empleador debe efectuar la cotización mensual a la A.R.P., estará constituido por todas aquellas sumas que devengue el trabajador y que sean constitutivas de factor salarial, según lo previsto en los artículos 127 y 128 del Código Sustantivo del Trabajo.

- **Trabajadores afiliados al régimen subsidiado en salud (sisben).**

Es preciso anotar, que las empresas también se encuentran obligadas a afiliarse al Sistema General de Riesgos Profesionales, a las personas que sean vinculadas mediante contrato de trabajo y que estén afiliadas al Régimen Subsidiado en Salud (Sisben).

En casos como el anotado, el trabajador afiliado al Régimen Subsidiado en Salud (Sisben), debe informar a la entidad territorial respectiva en un plazo máximo de quince días, su vinculación al régimen contributivo. Lo anterior tiene por objeto que la entidad territorial proceda a suspender la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud (Sisben). Vencido el plazo de la suspensión, el afiliado debe informar su intención de reingresar al Régimen Subsidiado en Salud (Sisben) y esta afiliación se reactivará nuevamente, si la persona cumple con los criterios vigentes para ser beneficiario de dicho régimen. Así lo dispuso el Acuerdo 304 de 2005, proferido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Establecen las normas aplicables en esta materia, que el empleador que no afilie a sus trabajadores al Sistema de Riesgos Profesionales, tendrá que asumir una responsabilidad administrativa, consistente en pagar las multas que puede imponer el Ministerio de Protección Social. Adicionalmente, el empleador tendrá su cargo el pago de las prestaciones que normalmente debieron ser pagadas por la Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P.).

Los aportes que el empleador debe realizar al Sistema de Seguridad Social Integral por los trabajadores con estas características, deben efectuarse sobre aquellas sumas que reciban y que sean constitutivas de factor salarial, de conformidad con lo previsto por los artículos 127 y 128 del Código Sustantivo del Trabajo.

1.1.3. Afiliados voluntarios al sistema general de riesgos profesionales y su régimen de cotizaciones.

- **Mecanismos para la afiliación.**

Los trabajadores independientes deben afiliarse obligatoriamente al Sistema de Pensiones y de Salud. Sin embargo, la afiliación al Sistema

La afiliación será obligatoria, sin importar que el contrato sea verbal, escrito, a término fijo, indefinido o por duración de la obra.

General de Riesgos Profesionales es voluntaria, de conformidad con lo establecido en los decretos 2800 del 29 de septiembre de 2003, 3615 del diez de octubre de 2005 y 2313 del 13 de julio de 2006.

A través del decreto 2800 de 2003, establece el procedimiento que deben seguir los trabajadores independientes para afiliarse al Sistema de Riesgos Profesionales, en forma individual. Este decreto, vincula en forma directa a la empresa contratante al proceso de afiliación, al fijarle obligaciones específicas frente a la A.R.P. y al mismo trabajador independiente.

Por otra parte, mediante el decreto 3615 de 2005, modificado a su vez por el decreto 2313 de 2006, se establecen los mecanismos a seguir para facilitar la afiliación de los trabajadores independientes, en forma colectiva, mediante agremiaciones y asociaciones. Aunque en el procedimiento previsto en esta norma, el papel de la entidad contratante es menos relevante, es conveniente que esta entidad permanentemente verifique el cumplimiento de las obligaciones a cargo de la agremiación y asociaciones que sirvan como intermediarias para afiliar trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral.

- **Afiliaciones irregulares.**

La naturaleza voluntaria de la afiliación de los trabajadores independientes al Sistema de Riesgos Profesionales, genera preocupación entre algunas empresas que contratan sus servicios, pues estos colaboradores pueden sufrir accidentes en las instalaciones de la empresa que se beneficia de su servicio.

Con el fin de protegerse frente a las consecuencias de estas eventualidades de salud, la empresa exige al trabajador independiente su afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales, pues en palabras suyas, "A LA EMPRESA NO ENTRA NADIE SINO ESTÁ AFILIADA A UNA A.R.P."

Para conseguir el objetivo antes citado, algunas empresas acuden a alternativas contrarias a la Ley, como exigirle al trabajador independiente su afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales, sin seguir los procedimientos previstos en los decreto 2800 de 2003, 3615 de 2005 y 2313 de 2006. Otras empresas, permiten que sus trabajadores independientes se afilien al Sistema de Riesgos Profesionales a través de terceros intermediarios, sin analizar los riesgos jurídicos que conlleva para la empresa contratante y para el mismo trabajador independiente, la situación planteada.

- **Alternativas legales para proteger a los trabajadores independientes.**

Las empresas han encontrado alternativas legales que permiten proteger al trabajador independiente de los accidentes o enfermedades que puede sufrir al desarrollar su actividad profesional, cuando por las restricciones legales no pueden afiliarse al Sistema de Riesgos Profesionales

Los trabajadores independientes deben afiliarse obligatoriamente al Sistema de Pensiones y de Salud.

Algunas empresas le exigen al trabajador independiente su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, como afiliado cotizante. De esta manera, en caso de accidente, el Sistema de Seguridad Social en Salud reconocerá de acuerdo con sus reglamentos, las prestaciones del caso al contratista. En caso que el trabajador independiente no devengue ingresos que le permitan efectuar la cotización mínima legal, se podría pedir una afiliación al Sistema de Salud, en calidad de beneficiario. Si el trabajador independiente, está imposibilitado para afiliarse al régimen contributivo en Salud, podría solicitársele su afiliación al Régimen Subsidiado en Salud (Sisben), para garantizar la atención en salud con cargo a dicho régimen.

Otra alternativa que ofrece más seguridad, consiste en verificar que el contratista persona natural, se haya afiliado al Sistema General de Pensiones (previa afiliación como cotizante al Sistema de Salud), el cual le reconocerá, de acuerdo con las normas vigentes, una pensión de invalidez o sobrevivientes en caso de ser procedente.

Una tercera opción que disminuye los riesgos jurídicos, es que la empresa contrate con una compañía de seguros, una póliza que la proteja patrimonialmente de los daños que pueda sufrir el contratista en sus instalaciones. Con esta opción, se disminuye el riesgo que eventuales demandas por responsabilidad civil puedan afectar patrimonialmente a la empresa.

En caso que el trabajador independiente no devengue ingresos que le permitan efectuar la cotización mínima legal, se podría pedir una afiliación al Sistema de Salud.

- **Sentencia C-858 de 2006, proferida por la Corte Constitucional.**

Según lo manifestado por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-858 de 2006, el Gobierno Nacional no tiene facultades para definir la voluntariedad u obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores independientes al Sistema General de Riesgos Profesionales. Considera el Alto Tribunal, que las normas legales vigentes, le otorgan dicha facultad en forma exclusiva al Congreso de la República.

Sobre este particular, el Alto Tribunal consideró en la Sentencia C-858 de 2006:

“...las facultades (del Gobierno) se restringen a dictar las disposiciones tendientes a crear, establecer, modificar, reformar, rehacer o poner en orden, el conjunto de organismos encargados, los recursos y los bienes destinados a la función de administrar el Sistema de Riesgos Profesionales, dosificando su uso para obtener el mayor rendimiento u optimización del Sistema de Riesgos Profesionales. Desde esa perspectiva, la Corte encontró que la ...forma de afiliación voluntaria al Sistema de Riesgos previstas en los artículos 9, 10 y 13, literal b), exceden el ámbito material establecido en el numeral 11 del artículo 139 de la Ley 100 de 1993, y por lo mismo violan el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución. Para la Corte, estas normas regulan aspectos sustanciales y relevantes para el ejercicio de los

derechos, para los cuales no se confirieron facultades al Presidente de la República...”

Como consecuencia de lo anterior, los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social Integral, deben estar atentos a las nuevas disposiciones que apruebe el Congreso de la República, con el fin de darle cumplimiento y garantizar de esa manera los derechos que puedan tener los trabajadores independientes frente al Sistema de Seguridad Social Integral.

- **Normas sobre cotizaciones.**

La base de cotización sobre la cual el trabajador independiente debe realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, serán sus ingresos efectivamente percibidos.

Así, de conformidad con lo previsto en las normas legales vigentes y la jurisprudencia aplicable, el trabajador independiente debe cotizar sobre el dinero que recibe para su beneficio personal, descontando los gastos en que haya incurrido para ejecutar su actividad lucrativa, el 12% al Sistema de Salud, el 15.5 % al Sistema de Pensiones y el porcentaje correspondiente a la A.R.P. si voluntariamente decidió afiliarse al Sistema de Riesgos Profesionales.

En lo que se refiere a la afiliación y aportes mensuales del trabajador independiente al Sistema de Seguridad Social Integral, es preciso anotar, que la entidad contratante, está obligada a verificar que el contratista esté cumpliendo con las normas que regulan la materia.

El trabajador independiente debe cotizar sobre el dinero que recibe para su beneficio personal.

1.1.4. Derechos generales de los afiliados obligatorios y voluntarios al sistema general de riesgos profesionales. El empleador debe remitir a la Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P.), información detallada sobre los trabajadores que tiene a su servicio con vinculación laboral, el monto de su salario y las novedades que se hayan presentado durante el último mes. Igualmente, los trabajadores independientes deben cumplir con los procedimientos establecidos en los decretos 2800 de 2003, 3615 de 2005 y 2313 de 2006, para afiliarse a estas entidades.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la A.R.P. tiene la obligación legal de reconocerle al trabajador afiliado, las prestaciones contenidas en la Ley, según corresponda.

Así, en materia de prestaciones económicas, la Administradora de Riesgos Profesionales será la responsable de pagar la incapacidad temporal, de la indemnización por incapacidad permanente parcial, de la pensión de invalidez o sobrevivientes y el auxilio funerario, según corresponda en cada caso particular.

En lo que se refiere a las prestaciones asistenciales, la A.R.P. tiene a su cargo el reconocimiento de la atención médica, de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1295 de 1994 y la Ley 776 de 2002.

Obsérvese bien, que en el caso de los trabajadores dependientes, la obligación de la A.R.P. de pagar las prestaciones de Ley, se circunscribe a los trabajadores reportados por el empleador como trabajadores suyos y no se extiende a los trabajadores de los contratistas o empresas de servicios temporales contratados por la empresa, aunque éstos laboren en las mismas instalaciones.

Por lo anterior y con el fin de disminuir el riesgo de condenas judiciales por solidaridad patronal, es aconsejable que las empresas contratantes verifiquen que sus contratistas, están cumpliendo con las normas sobre afiliación y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, respecto de los trabajadores que tienen a su servicio.

En efecto, si un contratista que desarrolla una actividad propia del objeto social de la empresa contratante, incumple con la obligación de afiliar a sus trabajadores al Sistema de Seguridad Social Integral, el trabajador lo demandará directamente a él, para que le reconozca las prestaciones que la Seguridad Social no le reconocerá por no estar afiliado. Sin embargo, si el contratista no paga, el trabajador podrá solicitar que el pago lo realice la empresa contratante en forma solidaria.

1.1.5. Derechos, obligaciones y sanciones aplicables a empleadores, trabajadores y entidades de seguridad social, frente a la prevención de la farmacodependencia en la población trabajadora.

- **Alcance de la definición de accidente de trabajo y enfermedad profesional.**

Luego de analizar la definición vigente de accidente de trabajo, la jurisprudencia que se ha proferido sobre el tema, así como las normas que rigen el Sistema General de Riesgos Profesionales, puede concluirse que como norma general las lesiones orgánicas o perturbaciones funcionales, la invalidez o la muerte, derivadas de la farmacodependencia que padezca un trabajador, no deben ser catalogadas como accidente de trabajo ni enfermedad profesional.

En efecto, no estaríamos en presencia de un accidente de trabajo, toda vez que no se dan las condiciones para afirmar que las lesiones que sufra un trabajador, derivadas de su dependencia al alcohol, a las drogas ilícitas, entre otras situaciones, sean producto de un suceso repentino¹, que haya ocurrido por causa^{2,3} o con ocasión^{4,5} del trabajo.

Por otra parte, probar que la dependencia del trabajador a fármacos, alcohol o drogas, tiene una relación directa con el desarrollo del objeto social del empleador y que está alejado de factores inherentes al individuo o extra laborales, se hace sumamente dispendioso, además de improbable.

No obstante lo anterior, la legislación vigente contempla mecanismos para garantizar la prevención de la farmacodependencia de la población trabajadora, tal como paso a exponerlo a partir de este punto del escrito.

La legislación vigente contempla mecanismos para garantizar la prevención de la farmacodependencia de la población trabajadora.

1. "Repentino, na. Del lat. *repentinus*). Adj. Pronto, impensado, no previsto." *Diccionario de la Lengua Española. Real academia Española. Vigésima segunda edición, 2.001.*

2. "Causa. (Del lat. *Causa...*). F. Aquello que considera como fundamento u origen de algo..." *Diccionario de la Lengua Española. Real academia Española. Vigésima segunda edición, 2.001.*

3. Consejo de Estado, Sentencia del 21 de agosto de 1.997. M.P Clara Forero de Castro.

4. Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 11 de marzo de 1.958.

5. "Ocasión. (Del lat. *Ocassio, -onis...*). F. Oportunidad que se ofrece para ejecutar o conseguir algo. 2. Causa o motivo por que se hace o acaece algo." *Diccionario de la Lengua Española. Real academia Española. Vigésima segunda edición, 2.001.*

- **Actividades de promoción y prevención a cargo del empresario.**

De conformidad con lo previsto por las normas legales vigentes, entre otras, La Resolución 1075 de 1992 y el Decreto 1108 de 1994, los empleadores se encuentran obligados a incluir dentro de las actividades del Subprograma de medicina preventiva establecido por la Resolución 1016 de 1989 campañas específicas tendientes a fomentar la prevención y el control de la fármaco dependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, dirigidas a sus trabajadores.

La obligación legal a cargo de los empleadores es clara y el objetivo que deben alcanzar, también lo es. En desarrollo de las normas citadas, pueden adelantarse campañas de sensibilización, reuniones, capacitaciones, talleres grupales o individuales, campañas a través de medios de comunicación tradicionales o informáticos, etc.

No obstante lo anterior, es preciso anotar que algunos de los mecanismos a los cuales pueden acudir los empleadores para cumplir con el mandato legal citado, tiene restricciones, originadas en Sentencias de la Corte Constitucional. Me refiero especialmente, a los exámenes de alcohol y drogas que algunas empresas han comenzado a implementar a sus trabajadores.

En efecto, en lo que se refiere exclusivamente a la práctica de exámenes de alcohol y drogas a los trabajadores, la empresa debe respetar el derecho a la intimidad de cada trabajador, en los términos de la Sentencia T-183 de 1994, de la H. Corte Constitucional.

En la citada providencia, el Alto Tribunal consideró:

“...No existe vulneración a los derechos fundamentales a la igualdad, dignidad e intimidad del trabajador peticionario de tutela, por cuanto el objetivo que se pretende con la norma acusada del Reglamento, es prever situaciones psíquico-orgánicas de aquellos trabajadores que ocupen una posición considerada como de alto riesgo, en razón a las actividades que ejecutan y a los riesgos que las mismas conllevan, de manera que se puedan evitar accidentes con consecuencias personales y materiales impredecibles...”

Así, aunque el empleador tiene la facultad de implementar políticas de alcohol y drogas, practicar en desarrollo de las mismas pruebas de alcohol a todos sus trabajadores y hacer extensiva esta práctica a todos los trabajadores de sus contratistas, trabajadores en misión y asociados de Organizaciones de Trabajo Asociado, puede generar la vulneración del derecho a la intimidad del sujeto pasivo del examen.

- **Deberes de autocuidado del trabajador, prohibiciones y sanciones.**

Aunque las normas legales vigentes, contemplan obligaciones a cargo del empleador en materia de prevención de la farmacodependencia, el

La obligación legal a cargo de los empleadores es clara y el objetivo que deben alcanzar, también lo es.

trabajador también tiene a su cargo una serie de deberes, que en caso de incumplimiento acarrearán drásticas sanciones.

En efecto, según lo previsto por el artículo 22 del Decreto Ley 1295 de 1994, todo trabajador afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, está obligado a cuidar de su salud e informar al empleador información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por otra parte, la normatividad vigente (Artículo 60 del Código Sustantivo del Trabajo) establece como prohibición expresa para cualquier trabajador, presentarse a laborar en estado de embriaguez o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes.

Igualmente, el Decreto 1108 de 1994, sanciona drásticamente al trabajador que se presente a laborar en estado de embriaguez, al considerar esta conducta como falta grave para dar por terminado el contrato de trabajo.

Ahora bien, aunque la norma mencionada, ni el Código Sustantivo del Trabajo, no lo contempla expresamente como justa causa para dar por terminado el contrato de trabajo, la Corte Suprema de Justicia consideró que, en el evento que el trabajador ingiera alcohol o sustancias narcóticas durante la jornada laboral, se presenta una perturbación sensitiva del trabajador, que afecta la seguridad suya y de los compañeros de trabajo. En consecuencia, su contrato de trabajo también puede ser terminado con justa causa por este motivo.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia, estableció mediante Sentencia 11569 del 21 de abril de 1999:

“...Entonces, resulta descaminado, frente a la pura ratio legis, restringir el susodicho impedimento normativo al evento de ingresar el trabajador al sitio de trabajo en estado de ebriedad o bajo los efectos de sustancias estupefacientes o drogas enervantes, porque tanto en tal hipótesis como cuando acaece la perturbación sensitiva por ingestión en el sitio y jornada laboral, hay un inocultable efecto en los reflejos físicos, en la voluntad, y en general en la capacidad ordinaria de trabajo, que es el bien jurídico prioritariamente amparado por el precepto, además de que una persona en ese estado en el ámbito laboral puede representar un peligro para sí y para los compañeros de labor.

La mengua de las facultades plenas para desarrollar la tarea en las condiciones convenidas, originada en causas imputables al trabajador, atenta además contra el deber de prestar óptimamente el servicio, lesiona la disciplina del establecimiento, da un mal ejemplo a los demás trabajadores y puede comportar riesgos de seguridad industrial, por lo que no puede recortarse el alcance de la prohibición legal al inicio de las actividades diarias, como lo hizo equivocadamente el tribunal, por cuanto en el otro evento

Establece como prohibición expresa para cualquier trabajador, presentarse a laborar en estado de embriaguez.

descrito, esto es, cuando la borrachera se provoca durante la jornada de trabajo, no solamente tiene un impacto similar en el ámbito laboral, sino, desde luego, conlleva un agravio aún mayor a los valores jurídicamente protegidos, en la medida en que el dedicar el tiempo propio de la prestación del servicio a menesteres ínsitamente proscritos y ajenos a ella, adicionalmente infringe el deber de realizar la labor en los términos estipulados...

Por otra parte, al interpretar el tipo de pruebas que debe tener el empleador para terminar un contrato de trabajo con justa causa, por razón del consumo de alcohol o drogas, la Corte Suprema de Justicia consideró que la empresa puede hacer uso de la facultad de terminación del contrato de trabajo con justa causa, a partir de simples testimonios, aunque no cuente con una prueba técnica que pruebe el consumo de dichas sustancias por parte del trabajador.

Sobre el particular, el Alto Tribunal consideró mediante Sentencia 7202 del cuatro de octubre de 1995:

“...En este aspecto también se equivocó el juzgador, pues el artículo 51 del Código Procesal del Trabajo establece que en el proceso laboral son admisibles todos los medios de prueba previstos en la ley, “pero (que) la prueba pericial sólo tendrá lugar cuando el juez estime que debe designar un perito que lo asesore en los asuntos que requieran conocimientos especiales”. Incurrió por ello el tribunal en un error al asentar que la causal de terminación unilateral del contrato de trabajo alegada por la hoy recurrente debió probarse con un “dictamen médico” sobre el consumo por parte del demandante de “sustancias heroicas” o con un “dictamen de laboratorio” sobre las sustancias que le fueron encontradas en su camarote y que en ese momento consumía, pues tampoco existe dentro del Código Procesal del Trabajo disposición que imponga al patrono —en su condición de tal o como litigante—, la carga de probar con una determinada prueba el hecho de que el trabajador se encontraba bajo la influencia de narcóticos o de drogas enervantes”. (CSJ, Cas. Laboral, Sec. Segunda, Sent. oct. 4/95. Exp. 7202).

La empresa puede hacer uso de la facultad de terminación del contrato de trabajo con justa causa, a partir de simples testimonios.

- **Actividades de promoción y prevención a cargo de la A.R.P.**

A partir de la sentencia citada de la Corte Constitucional, la administradora de riesgos profesionales, al amparo de un Programa de Salud Ocupacional debidamente elaborado y de un reglamento de higiene y seguridad industrial que se ajuste a la normatividad vigente, está habilitada legalmente para desarrollar las actividades necesarias para asesorar al empleador en la prevención de accidentes o enfermedades relacionados con farmacodependencia, sin que ello implique necesariamente una destinación indebida de los dineros

de la seguridad social, ni violación a derechos fundamentales del trabajador.

Se considera que en desarrollo de las funciones de asesoría que la ley le asigna, puede ser un medio especializado para orientar al empleador en la creación de un ambiente de trabajo más seguro y saludable, dirigidas especialmente a los trabajadores afiliados que ocupen una posición considerada de riesgo, en razón a la actividad que ejecuten y a los riesgos que su actividad conlleve⁶.

- **Actividades del Ministerio de Protección Social.**

A partir de sus atribuciones de Dirección, Inspección y Vigilancia, el Ministerio de Protección Social podría generar campañas de sensibilización por actividades económicas o generalizadas, encaminadas a difundir el contenido de las normas legales que obligan al empleador a prevenir la farmacodependencia dentro de la población trabajadora.

Por otra parte, se deben generar campañas de sensibilización dirigidas a los trabajadores, en las que se les enfatice su deber de cuidar la salud, no incurrir en conductas que puedan generar farmacodependencia, so pena de perder su trabajo, su salud y hasta su familia.

Se deben generar campañas de sensibilización dirigidas a los trabajadores.

Le corresponde al Ministerio entonces definir el alcance que tendría la participación de las ARP's en la prevención de accidentes y enfermedades derivados de farmacodependencia y el impacto económico que podría generarse hacia las EPS y Entidades de pensiones al momento de pagar las incapacidades por riesgo común que reclamen los trabajadores afiliados.

Finalmente, es importante realizar una sensibilización frente al tema, para generar una cultura del autocuidado entre los diversos actores del Sistema General de Riesgos Profesionales, pero especialmente, entre los trabajadores.

1.1.6. Aspectos económicos por concepto de incapacidades en el manejo de la farmacodependencia de la población trabajadora.

Toda vez que los accidentes o enfermedades derivados de farmacodependencia, no se ajustan como norma general a la definición de riesgo profesional, la consecuencia es que las incapacidades que generen estas situaciones, deben ser catalogadas como de origen común.

Así, las incapacidades por accidente común o enfermedad general que genere un trabajador inscrito como cotizante al Sistema de Seguridad Social Integral, serán pagadas por la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado, a partir del cuarto día de incapacidad. Los tres primeros días, como norma general deben ser asumidos por el empleador y la EPS.

Como norma general, durante los primeros noventa días de incapacidad el monto de la prestación es equivalente al 66% del salario que

6. Corte Constitucional, Sentencia T-183 de 1994.

devengaba el trabajador al momento de incapacitarse. A partir del día 91 y hasta el día 180, el valor de la incapacidad es equivalente al 50% del salario que devengaba el trabajador al momento de incapacitarse⁷.

Algunos empleadores del sector privado con capacidad económica, optan por asumir el porcentaje que no reconocen las entidades de seguridad social, y le pagan al trabajador el 100% de su salario.

Pues bien, en criterio de la DIAN⁸, el porcentaje adicional que le reconoce el empleador a su trabajador, es un pago que no es deducible en materia tributaria.

En criterio de la entidad, independientemente que los pagos por mera liberalidad estén reconocidos por las normas laborales, esta condición no los hace deducibles en materia tributaria, porque es la misma normatividad fiscal la que señala los requisitos que deben cumplirse para el efecto, dentro de los cuales se encuentran la necesidad del gasto, así como la causalidad con la producción de renta.

En efecto, para la DIAN, solamente son deducibles del impuesto sobre la renta los pagos efectuados a los trabajadores calificados laboralmente como de mera liberalidad que tengan por objeto el reconocimiento a la participación en actividades vinculadas a la producción de la renta de la empresa de acuerdo a criterios generales y objetivos, siempre y cuando cumplan con los requisitos de causalidad, necesidad y proporcionalidad previstos en el artículo 107 del Estatuto Tributario, y los mismos hayan formado parte de la base de retención en la fuente por ingresos laborales.

Como consecuencia de los criterios expuestos por la DIAN y el Ministerio de Protección Social, se considera necesario evaluar el impacto económico y político que puede tener para el empleador y la EPS, obligarlos al pago de incapacidades originadas en accidentes o enfermedades en temas de farmacodependencia.

Se concluye a partir de lo expuesto a lo largo del presente escrito, que la responsabilidad de prevenir situaciones que puedan generar farmacodependencia de un trabajador, le corresponde en gran medida al trabajador, en cumplimiento de su deber general de cuidar el estado de salud.

Igualmente se concluye que a partir del marco legal y jurisprudencial que se ha generado alrededor del tema que nos ocupa, el empleador cuenta con amplias facultades para terminar el vínculo laboral con justa causa, acudiendo a las pruebas que soporten su convencimiento y no a una técnica específica.

Finalmente, se concluye que las administradoras de riesgos profesionales podrían desarrollar actividades de promoción y prevención de accidentes y enfermedades derivados de farmacodependencia, respecto de trabajadores que ocupen una posición considerada de riesgo, en razón a la actividad que ejecuten y a los riesgos que su actividad conlleve.

Como norma general, durante los primeros noventa días de incapacidad el monto de la prestación es equivalente al 66% del salario.

7. Ministerio de Protección Social, Concepto 2347 de 2005.

8. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, Concepto 019218 de 2004.

2. Glosario Normativa en Relación con el Control de la Oferta y Demanda de Sustancias Psicoactivas.

El Consejo Nacional de Estupeficientes fue creado por el Decreto 1206 de 1973 como órgano asesor del Gobierno Nacional, encargado de recomendar la formulación de políticas, planes, programas y proyectos que las entidades públicas y privadas deben adelantar en la lucha contra el fenómeno de la droga en sus deferentes manifestaciones: producción, tráfico y consumo. Como estrategia para fortalecer la lucha antidrogas, se creó la dirección nacional de estupeficientes mediante el decreto 2272 de 1991, quien se fusionó con el Fondo rotario de Prevención, Represión y Rehabilitación del Consejo Nacional de estupeficientes.

Con la expedición del Estatuto Nacional de Estupeficientes o ley 30 de 1986 y demás normas que lo complementan, modifican y adicionan con las cuales aparece la Dirección Nacional de Estupeficientes como unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de Justicia, se coordina el desarrollo y ejecución de las políticas en materia de control, prevención, rehabilitación y represión. Es así como varios organismos del Estado articulados con esta política han producido reglamentaciones tendientes a prevenir el abuso de sustancias que producen dependencia. A continuación se mencionan las de mayor relevancia para este estudio:

Varios organismos del Estado articulados con esta política han producido reglamentaciones tendientes a prevenir el abuso de sustancias que producen dependencia.

- **Ley 9 de 1979.**

Artículo 84. Todos los empleadores están obligados a:

- d) Adoptar medidas efectivas para proteger y promover la salud de los trabajadores, mediante la instalación operación y mantenimiento, en forma eficiente de los sistemas y equipos de control necesarios para prevenir enfermedades y accidentes en los lugares de trabajo.

Artículo 85. Todos los trabajadores están obligados a:

- a) Cumplir las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones, así como con las normas del reglamento de Medicina, Higiene y Seguridad que se establezca.
- b) Usar y mantener adecuadamente los dispositivos para control de riesgos y equipos de protección personal y conservar en orden y aseo los lugares de trabajo.
- c) Colaborar y participar en la implantación y mantenimiento de las medidas de prevención de riesgos para la salud que se adopten en el lugar de trabajo.

Artículo 125. Todo empleador deberá responsabilizarse de los programas de medicina preventiva en los lugares de trabajo en donde se efectúen actividades que puedan causar riesgos para la salud de los trabajadores. Tales programas tendrán por objeto la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores, así como la correcta ubicación del trabajador en una ocupación adaptada a su constitución fisiológica y psicológica.

Artículo 460. Los estupefacientes, psicofármacos sujetos a restricción, otras drogas o medicamentos que puedan producir dependencias o acostumbramiento, y aquellas drogas o medicamentos que por sus efectos requieran condiciones especiales para su elaboración, manejo, venta y empleo, se sujetarán a las disposiciones del presente título y sus reglamentaciones.

Artículo 477. Los productos que contengan estupefacientes, los psicofármacos sometidos a restricción, los productos mencionados en el artículo anterior y los demás productos que por su toxicidad o actividad y condiciones de empleo lo requieran, serán guardados bajo adecuadas medidas de seguridad.

Artículo 594. La salud es un bien de interés común.

Artículo 595. Todo habitante del país tiene derecho a vivir en un ambiente sano y a proveer la conservación de la salud propia y de la comunidad.

Artículo 597. Las normas relacionadas con la salud son de orden público.

Artículo 599. Toda persona tiene derecho a tener información de los funcionarios de salud, y acerca de la promoción y la conservación de la salud, en todos sus aspectos.

- **Resolución 02400 de 1979**

Artículo 3. Obligaciones de los trabajadores:

e) Acatar las indicaciones de los servicios de medicina preventiva y seguridad industrial de la empresa, y en caso necesario utilizar prontamente los servicios de primeros auxilios.

- **Ley 10 de 1990.**

Que responsabiliza a los departamentos de las acciones para el fomento de la salud, entre las cuales la reducción del consumo de alucinógenos ocupa un lugar de especial importancia.

- **Constitución Política Nacional 1991.**

Artículo 1. Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado como República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, fundada en el respeto de la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad de las personas y la prevalencia del interés general.

Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y será su objetivo fundamental la solución de las necesidades insatisfechas de salud, por lo que el gasto público social será prioritario.

- **Resolución 01075 de 1.992**

Los empleadores públicos y privados, incluirán dentro de las actividades del subprograma de medicina Preventiva, establecido por la resolución 1016 de 1.989, campañas específicas tendientes a fomentar la prevención y el control de la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo dirigidas a sus trabajadores.

- **Resolución 7036 de 1991**

Expedida por el Ministerio de Salud, adopta las decisiones en relación con el consumo del cigarrillo.

Artículo 1. Prohíbese el consumo de cigarrillo, tabaco y sus derivados en todas las dependencias del Ministerio de Salud y entidades adscritas, con el objeto de proteger la salud de los trabajadores y usuarios de los servicios de salud.

- **Decreto 635 de 1992**

Por el cual se crea el Comité Operativo para la Prevención del Consumo de sustancias Psicoactivas. Los programas y proyectos que adopte el Comité deben ser ejecutados preferencialmente, por organismos no gubernamentales y dar prioridad a las zonas y sectores sociales de mayor riesgo.

- **Resolución 4225 de 1992**

Contempla en algunos de sus apartes: “Recomendar a todas las instituciones, empresas, establecimientos educativos, militares, religiosos, deportivos y otros, que adopten medidas restrictivas del hábito de fumar...”. “Recomendar el establecimiento de lugares específicos para los no fumadores dentro de las empresas, restaurantes, entidades o instituciones” y “Establecer mecanismos de coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para la expedición de normas tendientes a la adopción de políticas antitabáquicas, y la restricción del cigarrillo en el lugar de trabajo al igual que la implementación de programas de cesación del hábito de fumar en las empresas”. Igualmente establece el 31 de mayo como el día nacional sin tabaco”.

- **Ley 65 de 1993**

Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Prohíbe a los internos de cualquier establecimiento de reclusión el porte y el consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y determina las consecuencias para los miembros del cuerpo de custodia y vigilancia de los establecimientos de reclusión que permitan el ingreso de tales sustancias a dichos establecimientos.

- **Ley 100 de 1993**

Se crea un nuevo sistema de seguridad social en salud buscando la cobertura universal, como principal objetivo. Se constituyen los

regímenes contributivo y subsidiado, para garantizar la atención en salud por parte de las EPS e IPS.

La atención inicial de urgencias es obligatoria en todo el país. El POS tiene cobertura familiar.

Se crea el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) que tiene una subcuenta para atender la promoción de la salud.

Artículo 172: Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer libro de este libro (ley 100/93).

Artículo 173: Son funciones del Ministerio de Salud, además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, las siguientes:

Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las EPS y por las IPS del SGSSS y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Ejercer la adecuada supervisión, vigilancia y control de todas las entidades comprendidas en los literales b) a h) del artículo 181 de la presente ley y de las direcciones seccional, distrital y local de salud, excepto la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Resolución 5261 de 1994**

Por el cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el SGSSS.

- **Decreto 1108 de 1994**

“Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas”.

Artículo 29. Prohíbese a los miembros del cuerpo de custodia y vigilancia de cualquier establecimiento de reclusión el ingreso, el porte y el consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, con base en lo previsto en el literal c) del artículo 45 de la Ley 65 de 1993 “por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario”.

El incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior acarreará la destitución del funcionario, sin perjuicio de las sanciones penales a que haya lugar.

Artículo 38. Se prohíbe a todos los empleados presentarse al sitio de trabajo bajo el influjo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas, consumirlas o incitarlas a consumirlas en dicho sitio.

La violación de esta prohibición constituirá justa causa para la terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono, según lo dispuesto por el numeral 11 del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo.

Artículo 41. Aquellas personas cuya actividad implica un riesgo para los demás o que son de responsabilidad respecto de terceros no podrán usar o consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas durante el desarrollo de su actividad, de conformidad con las normas previstas en los reglamentos y códigos que regulan el ejercicio de la respectiva profesión, u oficio.

Para los efectos del presente decreto, se entiende que desempeñan ese tipo de actividades, entre otros, los conductores de cualquier tipo de vehículos; pilotos de naves y aeronaves; alumnos de pilotaje; instructores de vuelo; maquinistas y operarios; médicos, odontólogos y demás profesionales de la salud; quienes manipulan o tienen bajo su cuidado materiales o sustancias combustibles o inflamables; explosivos; sustancias tóxicas, venenosas, corrosivas o radiactivas; quienes portan o transportan armas; operadores y controladores aéreos, y en general personal técnico de mantenimiento y apoyo de aeronaves en tierra.

Artículo 43. Además de lo dispuesto en el presente decreto, quien subrepticamente o con violencia promueva, favorezca, facilite o intimide a otro a consumir estupefacientes o sustancias psicotrópicas o se los suministre, estará sujeto a las sanciones que establecen las normas penales sobre la materia, en particular el artículo 35 de la Ley 30 de 1986, “por la cual se adopta el estatuto nacional de estupefacientes y se dictan otras disposiciones”.

Parágrafo. Cuando la cantidad de estupefacientes o sustancias psicotrópicas supere la indicada como dosis para uso personal o cuando no la supere, pero en este caso la persona la tenga para su distribución o venta, dicha conducta se sancionará penalmente conforme a lo previsto en el artículo 33 de la Ley 30 de 1986.

- **Decreto 1295 de 1994**

El artículo 22 del Decreto Ley 1295 de 1994, todo trabajador afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, está obligado a cuidar de su salud e informar al empleador información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

El artículo 35. Servicios de Prevención refiere: La afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales da derecho a la empresa afiliada a recibir por parte de la entidad administradora de riesgos profesionales:

- a) Asesoría técnica básica para el diseño del programa de salud ocupacional en la respectiva empresa.
- b) Capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios.

- c) Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional en aquellas empresas con un número mayor de 10 trabajadores, o a los vigías ocupacionales en las empresas con un número menor de 10 trabajadores.
- d) Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales establecerán las prioridades y plazos para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este artículo.

Parágrafo. Los vigías ocupacionales cumplen las mismas funciones de los comités de salud ocupacional.

- **Resolución 1016 de 1996**

Artículo 10º. Los subprogramas de medicina Preventiva y de trabajo tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgos ocupacionales: ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones de trabajo psico fisiológicas y manteniéndolo en actitud de producción de trabajo.

Dentro de las principales actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo esta, diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generales por los riesgos psicosociales.

- **Resolución 3997 de 1996**

Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones y prevención en el SGSSS.

Establece las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención dentro del SGSSS, establece las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento por las EPS, IPS, direcciones seccionales, distritales y municipales de salud. Entre otras actividades con los afiliados, están los Programas de prevención del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia. Igualmente actividades de promoción y fomento de la salud mental, el autocuidado, la autoestima y el manejo del estrés.

Y también la promoción de la convivencia pacífica y resolución adecuada de conflictos y la detección precoz del riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato intrafamiliar.

- **Acuerdo 72 de 1997**

Artículo 1. Contenidos del plan obligatorio de salud para el régimen subsidiado. El plan obligatorio de salud subsidiado comprende los

servicios, procedimientos y suministros que el sistema general de seguridad social en salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud.

La cobertura de riesgos y servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado es la siguiente:

Atención básica del primer nivel: acciones de promoción y educación: Comprende las acciones de educación en derechos y deberes en el sistema general de seguridad social en salud y las acciones de promoción de la salud dirigidas al individuo y a la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la solidaridad. Incluye el suministro del material educativo.

Los contenidos de las acciones de promoción y educación; deberán orientarse en forma individual, familiar o grupal a:

1. Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
2. Promover la salud sexual y reproductiva.
3. Promover la salud en la tercera edad.
4. Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
5. Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.

• **Decreto 1575 de 1997**

Por el cual se establece la estructura interna de la Dirección Nacional de Estupefacientes y se determinan las funciones de sus dependencias.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Parágrafo 3o. del artículo 25 de la Ley 333 de 1996,

Artículo 12.- Subdirección Estratégica y de Investigaciones. Son funciones de la Subdirección Estratégica y de Investigaciones, las siguientes:

1. Asesorar al Director Nacional y al Consejo Nacional de Estupefacientes en la formulación de políticas a partir de investigaciones y estudios que permitan aumentar el conocimiento y la comprensión necesarios para combatir el problema de la droga.
2. Adelantar investigaciones y estudios sobre aspectos relacionados con el control e interdicción para brindar información continua, válida y actualizada sobre erradicación de cultivos, control de precursores, destrucción de laboratorios y demás acciones que el país adelanta para combatir el fenómeno de la droga.
3. Adelantar estudios que permitan identificar la magnitud, características y perfiles de la población consumidora y vulnerable de sustancias

psicoactivas con el fin de orientar políticas en materia de prevención, rehabilitación y reinserción social.

- **El Plan Nacional de Lucha Contra las Drogas.**

Establece dentro de sus estrategias la prevención integral, entendiéndola como el conjunto de procesos y estrategias orientadas a minimizar las posibilidades de vinculación de los individuos o los grupos sociales a cualquiera de las prácticas relacionadas con las diferentes manifestaciones del problema de las drogas.

Así, la prevención integral debe atravesar procesos educativos orientados a clarificar y fortalecer valores y actitudes, en escenarios de socialización como la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad, para desestimar la tendencia a involucrarse en comportamientos ilícitos y enfrentar en forma adecuada los conflictos asociados con esta problemática.

En relación con el consumo, la prevención integral busca enfrentar y reducir el uso y abuso de sustancias psicoactivas, legales, ilegales y problemas asociados, mediante el fortalecimiento de las redes de soporte individual, familiar y comunitario para reducir, así, la vulnerabilidad frente al consumo⁹.

El desarrollo de programas y estrategias para la reinserción socio-laboral de las personas afectadas por las diferentes manifestaciones de las drogas y el fomento en las empresas, con la ayuda de los comités paritarios de salud ocupacional y las ARP de programas de prevención y promoción de la salud son actividades propuestas en la meta 3 en el capítulo de reducción de la demanda, formulados en el Plan Nacional de lucha contra las drogas.

- **Resolución 2358 de 1998**

Mediante la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental y la estrategia de disminución del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos: Fomentar la cultura de la salud mental. Prevenir la aparición de trastornos. Reorientar y mejorar la calidad de prestación de servicios. Impulsar la rehabilitación psicosocial. Fortalecer red institucional y la oferta de servicios. Impulsar la convivencia pacífica.

Opciones estratégicas: habilidades para vivir, municipios saludables, información sobre consumo de sustancias psicoactivas, política frente a las adicciones, prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Anexo N° 1 de la Resolución: Estrategia de Disminución del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

- **Ley 508 de 1999**

Artículo 4. Descripción de los principales programas de inversión. La descripción de los principales programas y subprogramas que el

9. *Plan Nacional de Lucha contra las drogas. Colombia 1998 – 2002.*

Gobierno Nacional espera ejecutar en la vigencia del Plan Nacional de Inversiones 1999-2002 es la siguiente:

4.1 Plan de atención básica. El Ministerio de Salud acordará con los ministerios del Medio Ambiente y Educación Nacional y con las entidades territoriales en el marco del plan de atención básica, PAB, el desarrollo de estrategias integradas de control de enfermedades emergentes y reemergentes con énfasis en la promoción de la salud, la participación social y el ordenamiento del medio ambiente. El Gobierno Nacional, las entidades territoriales, las EPS y las ARS garantizarán prioritariamente la financiación y el suministro oportuno de los productos biológicos requeridos para el cumplimiento de las metas determinadas en el plan ampliado de inmunización con el fin de lograr la cobertura universal en materia de vacunaciones.

El Ministerio de Salud liderará la puesta en marcha de una estrategia integral de promoción de la maternidad y paternidad responsables y de la salud sexual, con énfasis en la población adolescente y con perspectiva de género. Para hacer efectivo este programa el Ministerio de Salud recurrirá a los recursos de que habla el parágrafo 2º del artículo 166 de la Ley 100 de 1993. Además, el Ministerio de Salud promoverá la atención integral en salud a la población que se encuentre en situación de desplazamiento forzoso, propiciará los espacios municipales para la promoción de la convivencia pacífica y orientará al sector en la integración al plan nacional de prevención y atención de la violencia. Se incluirán acciones para prevenir el consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes.

- **Resolución 412 de 2000**

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

- **Decreto 2309 de 2002**

Por medio del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en el Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Resolución 196 de 2002**

Por la cual se dictan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral, que prestan servicios de salud a personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.

Artículo 5. Población que atiende. Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas,

atenderán a cualquier persona natural o jurídica sin consideración de raza, creencias políticas o religiosas, edad, sexo o clase social que requiera información o atención sobre programas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción social, integración sociolaboral, investigación, formación, capacitación y docencia relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Artículo 6. Solicitud de admisión. La admisión o el internamiento de los usuarios en los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, podrán ser solicitados indistintamente por las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Administradoras de Riesgos Profesionales, el mismo usuario, sus padres, tutores o autoridad judicial (jueces o defensores de familia). Si los usuarios requieren someterse a tratamiento, estos deberán expresar su consentimiento manifestándolo verbalmente o por escrito. En el caso de menores de 18 años, de no tener familia, deberá exigirse la autorización del defensor de familia o del juez.

Artículo 10. Programas de atención. Los Centros de Atención, Tratamiento y Rehabilitación Integral al consumo de sustancias psicoactivas, deberán ofrecer a sus usuarios y a la comunidad en general, dependiendo de sus objetivos y nivel de complejidad, programas de:

Promoción y Prevención. Tendiente a buscar integralmente el fomento y la promoción de la salud física, psíquica y sociocultural de los individuos y las colectividades, así como el fortalecimiento de los factores protectores, para diseñar, ejecutar o colaborar en actividades, procedimientos, intervenciones y cualquier otro tipo de acciones que permitan actuar sobre los factores de riesgo o especiales condiciones que concurren en los individuos, la comunidad o el medio ambiente, que determinen la aparición del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo debe propender por disminuir o evitar el consumo, el abuso o la dependencia a las sustancias psicoactivas.

- **Ley 769 de 2002**

Por la cual se expide el Código Nacional de Tránsito Terrestre y se dictan otras disposiciones.

Artículo 59. Limitaciones a peatones especiales. Los peatones que se enuncian a continuación deberán ser acompañados, al cruzar las vías, por personas mayores de dieciséis años:

- Las personas que padezcan de trastornos mentales permanentes o transitorios.
- Las personas que se encuentren bajo el influjo de alcohol, drogas alucinógenas y de medicamentos o sustancias que disminuyan sus reflejos.
- Los invidentes, los sordomudos, salvo que su capacitación o entrenamiento o la utilización de ayudas o aparatos ortopédicos los habiliten para cruzar las vías por sí mismos.

- Los menores de seis (6) años.
- Los ancianos.

Artículo 131. Multas. Los infractores de las normas de tránsito pagarán multas liquidadas en salarios mínimos legales diarios vigentes así: Será sancionado con multa equivalente a treinta (30) salarios mínimos legales diarios vigentes, el conductor de un vehículo automotor que incurra en cualquiera de las siguientes infracciones:

Conducir en estado de embriaguez, o bajo los efectos de sustancias alucinógenas. Al infractor se le suspenderá la licencia de conducción de ocho (8) meses a un (1) año. Si se trata de conductor de vehículos de servicio público, de transporte escolar o de instructor de conducción, la multa pecuniaria será del doble indicado para ambas infracciones, se aumentará el período de suspensión de la licencia de conducción uno (1) a dos (2) años y se inmovilizará el vehículo. En todos los casos de embriaguez, el vehículo será inmovilizado y el estado de embriaguez o alcoholemia se determinará mediante una prueba que no cause lesión, la cual será determinada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Artículo 150. Examen. Las autoridades de tránsito podrán solicitar a todo conductor de vehículo automotor la práctica de examen de embriaguez, que permita determinar si se encuentra bajo efectos producidos por el alcohol o las drogas, o sustancias estupefacientes, alucinógenas o hipnóticas.

Las autoridades de tránsito podrán contratar con clínicas u hospitales la práctica de las pruebas de que trata este artículo, para verificar el estado de aptitud de los conductores.

Parágrafo. En los centros integrales de atención se tendrá una dependencia para practicar las pruebas anteriormente mencionadas.

- **Acuerdo 79 de 2003**

Por el cual se expide el código de policía de Bogotá D.C.

Artículo 26. Comportamientos en relación con el tabaco y sus derivados. Los siguientes comportamientos favorecen la salud propia y la ajena:

No fumar o consumir tabaco o sus derivados, en cualquiera de sus formas, en los siguientes sitios: (se mencionan solamente los que aplican)

- 5.2** Vehículos de servicio público individual o colectivo, aviones, trenes y del sistema de transporte masivo;
- 5.4** Escuelas, colegios, universidades, salones de conferencias, bibliotecas, museos, laboratorios, institutos, y demás centros de enseñanza;

- 5.6 Hospitales, clínicas, centros de salud, instituciones prestadoras de salud y puestos de socorro;
- 5.7 Oficinas estatales o públicas;
- 5.8 Recintos cerrados públicos y abiertos al público;
- 5.9 Lugares donde se fabriquen, almacenen o vendan combustibles, explosivos, pólvora o materiales peligrosos, en los cuales se debe siempre fijar aviso en lugar visible que advierta sobre la prohibición.

Artículo 90.- Comportamiento de los peatones. Se deberán observar los siguientes comportamientos que favorecen la protección de los peatones y la seguridad de los conductores:

No poner en riesgo su integridad física y la de las demás personas al transitar bajo la influencia de bebidas embriagantes, estupefacientes y sustancias psicotrópicas o tóxicas.

Artículo 93.- Comportamiento de los conductores. Se deberán observar los siguientes comportamientos que favorecen la protección de los conductores y de las demás personas:

No consumir bebidas embriagantes, estupefacientes o sustancias psicotrópicas o tóxicas cuando van a conducir o mientras conducen el vehículo;

Artículo 94.- Comportamiento de los conductores del servicio de transporte público individual, colectivo y escolar. El transporte público individual, colectivo y escolar tiene como fin la prestación de un servicio público, por lo cual se deben observar los siguientes comportamientos.

No consumir tabaco y sus derivados, bebidas embriagantes, estupefacientes o sustancias psicotrópicas o tóxicas cuando van a conducir o mientras conducen el vehículo de transporte público individual o colectivo;

Artículo 98.- Sistema TransMilenio. Está integrado por la combinación organizada de infraestructura, predios, equipos, señales, paraderos y estaciones, utilizados para la eficiente y continua prestación del servicio público esencial de transporte masivo de personas, a través de buses dentro del perímetro urbano de Bogotá D.C. Su uso está enmarcado en las reglas de igualdad, tranquilidad, buen comportamiento, solidaridad, seguridad y convivencia ciudadana.

Los pasajeros, usuarios, conductores y peatones deben optar por conductas específicas que no perturben o amenacen perturbar su desarrollo normal y su uso adecuado y cumpla con sus objetivos. Se deberán observar los siguientes comportamientos: No consumir alimentos, bebidas, tabaco y sus derivados, ni ingerir bebidas embriagantes, sustancias psicotrópicas o tóxicas dentro de las estaciones de parada o en los vehículos;

Artículo 100.- Ciclorrutas. Las ciclorrutas constituyen un corredor vial, alterno a la calzada, en forma adyacente al andén, en los separadores viales o en las alamedas, destinado al tránsito exclusivo de ciclistas, que permiten a las personas que deseen desplazarse de un lugar a otro en bicicleta, patinetas, patines o similares y hacerlo en forma segura, contribuyen a la preservación del ambiente y permiten un desarrollo armónico y organizado de los diferentes sistemas de transporte en el Distrito Capital de Bogotá. Se deben observar los siguientes comportamientos que favorecen la protección en las ciclorrutas:

No encontrarse bajo la influencia de bebidas embriagantes, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o tóxicas, cuando se hace uso de las Ciclorrutas en condición de ciclista.

- **Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003 - 2007**

Marco conceptual que establece las líneas de trabajo de la salud ocupacional en el territorio nacional. Que da los lineamientos para el desarrollo de actividades de promoción y prevención en el sistema de riesgos profesionales durante el quinquenio 2003 – 2007, haciendo énfasis en la promoción de la seguridad y salud en el trabajo, fomento de la cultura del autocuidado y la prevención de los riesgos profesionales.

- **Circular 018 de 2004**

Establece los lineamientos para la formulación y ejecución del Plan de Atención Básica 2004-2007.

Desarrollar una política nacional de reducción de la demanda de sustancias psicoactivas que reduzca el impacto que el uso y el abuso de éstas genera en las condiciones generales de vida y de salud de la población colombiana y en especial de la población más vulnerable, los jóvenes, que opere en todos los niveles territoriales.

- **Política Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas.**

El presente documento plantea los lineamientos generales de la política del Gobierno Nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Presenta los lineamientos generales que el Gobierno pondrá a consideración de los diferentes actores institucionales, tanto del sector público en sus diferentes niveles territoriales como de la ciudadanía.

- **Circular Externa 002 de 2005**

Que da lineamientos para la evaluación del PAB 2004 y elaboración del POA 2005. Tiene un componente sobre Implementación de la política de salud mental y de disminución de la demanda de psicoactivos.

- **Acuerdo 322 de 2005**

Artículo Noveno. Fijar el valor que se reconoce a las entidades promotoras de salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2006 en la suma anual de \$15.145,20 año, que corresponde a un valor diario de \$42,07 para el régimen contributivo.

- **Código Sustantivo de Trabajo**

Artículo 60. Se prohíbe a todos los empleados presentarse al sitio de trabajo bajo el influjo de estupefacientes y sustancias psicotropicas.

- **Código Penal**

Artículo 383: Porte de sustancias. El que en lugar público o abierto al público y sin justificación porte escopolamina o cualquier otra sustancia semejante que sirva para colocar en estado de indefensión a las personas, incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años, salvo que la conducta constituya delito sancionado con pena mayor.

A partir de lo anterior se puede decir que, el conjunto de normas vigentes que regulan las relaciones de las personas con las sustancias psicoactivas ha venido evolucionando en el país, de medidas prohibicionistas y pedagogías negativas hacia leyes y acuerdos que asumen el sujeto de derechos como corresponsable con la familia, la sociedad y el Estado de sus formas de relacionarse consigo mismo, con las demás personas, con las drogas y con su entorno¹⁰.

10. DABS, Gerencia de prevención integral del uso indebido de drogas. Bogotá, 2000.

BIBLIOGRAFÍA

BUSH DM, Autry JH. Substance abuse in the workplace: *Epidemiology, effects and industry response* *Occup Med.* (2002) Jan - Mar; 17 (1): 13 - 25.

BRAVO, Pablo y otros. *Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. Artículo de la revista Colombia Médica* Vol 36 N° 3 (2005).

DELGADO, J & GUTIÉRREZ J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.* Madrid, 1995.

CICAD/OEA. *Estimación de costos ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas.* Bogotá, Septiembre de 2004.

FERRARA SD, Zancaner S, Giorgetti R. *Low blood alcohol concentrations and driving impairment. A review of experimental studies and international legislation.* *Int J Leg Med* (1994) 106: 169 - 177

GILL Jan. *Alcohol problems in employment: epidemiology and responses.* *Alcohol & alcoholismo* Vol. 29 # 3, pp. 223-248, (1994).

HANSON M. *Overview on drug and alcohol testing in the workplace.* *Bulletin on narcotics* Vol. 45 pp. 3 -44, (1993).

HOIGER, A. *Occupational Stress and Illness Incidence.* *Journal of Occupational Medicine.* Vol 24: 445 – 451 (1982).

JESSOR. R. *Risk Behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding an addiction. In: adolescents at risk: Medical and social perspectives.* Cornell University Medical College, New York city. (1991).

LAMBERT SD. *The role of the occupational physician in substance abuse.* *Occup Med.* (2002) Jan - Mar; 17 (1): 1 - 12.

LUNDBERG U. *Stress responses in low status jobs and their relationships to health risks: musculoskeletal disorders.* *Annals of the New York Academy of Sciences.* 896, pp 162-172, (1999).

MINISTERIO DE SALUD. *Estudio Nacional de Salud Mental y de consumo de sustancias psicoactivas. Colombia (1993). Santafé de Bogotá, (1994).*

MINISTERIO DE SALUD. *II Estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia (1997). TORRES, Yolanda y MONTOYA, Iván. Bogotá, (1997).*

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Formas y consecuencias de la violencia en el trabajo. Colombia (2004).*

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *III Estudio de salud mental. Colombia (2003). OMS-Harvard, Fundación FES. Bogotá, 2004.*

ONU. World Drug Report. 2005. *Office on drug and crime. Vol. 2. Statistics. Cap 8. Consumption. Annual prevalence of drug abuse. P. 365 – 372.*

OPS/OMS. *División de Salud y Medio Ambiente. Plan Regional de la Salud de los Trabajadores. Washington, (1999).*

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Invertir en Salud Mental. Ginebra, 2004. <http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf>*

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO. *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Ginebra (1996).*

RODRÍGUEZ, Edgar. *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (1996). Dirección Nacional de Estupefacientes y Fundación Santafé. Bogotá, (1997).*

RODRIGUEZ, Edgar y Col. *Consumo de sustancias psicoactivas en población trabajadora Dirección Nacional de Estupefacientes y Fundación Santafé. Bogotá, (1992).*

ROBERTS *et al. Administrative issues related to addiction in the workplace Occup Med. (2001) Jul - Sept; 16 (3): 509 - 515.*

SECRETARÍA DE SALUD. *Informe Vespa comportamiento del Abuso de sustancias psicoactivas en el distrito capital. (1998-2003).*

TENNASSE, M. PAHO. *Worker's Health Regional Plan, Washington. (1999).*

TORRES de Galvis Y. y Estupiñán D. *Encuesta sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre sustancias psicoactivas y establecimiento de una escala de riesgo. Bogotá D.C. (1987) Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud.*

VELASQUEZ JULIO CESAR, ORLANDO SCOPPETTA. *Secretaria de Salud Santafé de Bogotá, D.C., marzo de 1998.*



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública
Dirección General de Riesgos Profesionales
Cra. 13 N° 32-76 pisos 14 - 15, Bogotá, D.C.
Teléfono: 330 5000 Exts.: 1400 - 1520
Línea de atención 01 8000 113 113
www.minproteccionsocial.gov.co