

APROXIMACIÓN AL ABUSO DE SUSTANCIAS EN EL LUGAR DE TRABAJO EN LOS ESTADOS UNIDOS Y EN ESPAÑA: COMPARACIÓN DE AMBOS SISTEMAS

*The approach to substance abuse in the workplace in the United States
and Spain: comparison of both systems*

ÁLVARO SAN MARTÍN RODRÍGUEZ*

Universidad de León, España; Universidad de Washington, USA

RESUMEN

El abuso de sustancias en las empresas es una lacra que tiene consecuencias desafortunadas en cualquier relación laboral, tanto para las empresas (como el absentismo, el aumento de los costos médicos o la disminución de la productividad) como para los trabajadores (problemas de salud, despidos o discapacidades). A través del análisis de dos de los sistemas regulatorios más avanzados para cubrir este tema, se observará cómo, a pesar de las garantías comprobadas que existen con respecto a la protección de los derechos fundamentales a la salud (a través de Programas de Asistencia al Empleado —PAE—, ampliamente utilizados en los Estados Unidos de América) y al trabajo (a través del sistema regulador español), hay brechas importantes que deben ser cubiertas. Los preocupantes datos de consumo reflejados muestran que es necesario tomar medidas de acción concretas, más allá de las meras declaraciones de intenciones, para garantizar claramente la protección de los derechos fundamentales que podrían conducir a una solución específica de este problema, que involucra a millones de empleados y empleadores en el mundo.

Palabras clave: drogadicción, lugar de trabajo, abuso de sustancias, rehabilitación, prevención, despido.

ABSTRACT

Substance abuse in companies is a scourge that has unfortunate consequences in any employment relationship, both for companies (such as absenteeism, rising medical costs or decreasing productivity) and for workers (health problems, dismissals or disabilities). Through the analysis of two of the most advanced regulatory systems of covering this issue, it will be observed how, despite the proven guarantees that exist regarding the protection of fundamental rights to health (through Employee Assistance Programs —EAP—, widely used in the United States of America) and work (through the Spanish regulatory system), there are important gaps that need to be covered. The worrying consumption data reflected show that it is necessary to take concrete action measures, beyond mere declarations of intent, in order to clearly guarantee the protection of both fundamental rights that could lead to a specific solution of this problem, that involves millions of employees and employers in the world.

Keywords: drug addiction, workplace, substances abuse, rehabilitation, prevention, dismissal.

* **Correspondencia a:** Álvaro San Martín Rodríguez. c/ José Abascal 58, 1D, 28003-Madrid (España) – alvarosanmartinrodriguez@gmail.com – <https://orcid.org/0000-0002-7742-8035>

Cómo citar: San Martín Rodríguez, Álvaro. (2020). «Aproximación al abuso de sustancias en el lugar de trabajo en los Estados Unidos y en España: comparación de ambos sistemas»; *Lan Harremanak*, 43, 264-277. (<https://doi.org/10.1387/lan-harremanak.21457>).

Recibido: 07 febrero, 2020; aceptado: 02 mayo, 2020.

ISSN 1575-7048 - eISSN 2444-5819 / © 2020 UPV/EHU



Esta obra está bajo una licencia
Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

1. Introducción

El uso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo es un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional. Dentro de su diversidad, requiere un enfoque abierto e interdisciplinario. La lacra del consumo de estas sustancias es un problema que afecta no solo a la esfera familiar y personal del individuo, sino también en el lugar de trabajo, generando costos negativos que también afectan a la empresa, como el aumento del absentismo, el riesgo de accidentes, la disminución del rendimiento laboral o el mal ambiente de trabajo, entre otras.

Estos costos se reflejan en pérdidas reales, como lo demostró un estudio de 1997 en el que fue observado que en España el abuso de alcohol causó pérdidas económicas estimadas en casi 4 millones de euros, de las cuales el 64,2% fueron atribuidas a pérdidas por absentismo y reducción de la productividad (Portella, 1998: 59). Diez años después, en 2007, Estados Unidos perdió 193 mil millones de dólares por la disminución de la productividad causada por el abuso de sustancias ilegales en el trabajo, con pérdidas no solo económicas sino también en salud, valoradas en 11 mil millones de dólares (Executive Office of the President, 2011: 2)

El objetivo de este artículo es describir brevemente el escenario en el que se encuentran Estados Unidos y España en el uso de drogas y alcohol en el lugar de trabajo y comparar las formas en que ambos abordan este problema. De esta manera, podrán observarse los distintos puntos de vista desde los cuales ambos países plantean una solución a este conflicto, buscando similitudes y diferencias en ambos sistemas y evaluando cuál es más efectivo.

2. El contexto y la normativa española

Como punto de referencia al observar la situación en España, la fuente más actual y confiable para evaluar el impacto del consumo de sustancias en el lugar de trabajo es la «Encuesta 2013-2014 sobre el uso de sustancias en el lugar de trabajo en España» (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2015), desarrollada por el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas). En ella, se informa sobre la prevalencia del uso de sustancias entre la población trabajadora (empleada o desempleada con trabajadores de 15 a 64 años) y la distribución de los consumidores de acuerdo con diferentes variables sociodemográficas y laborales.

La encuesta recolectó diferentes datos preocupantes: el 11% de la población activa ha bebido alcohol diariamente en los últimos 30 días; el tabaco es, después del alcohol, la droga legal con la mayor proporción de consumidores en-

tre la población activa en 2013 en España con el 34% de los fumadores diarios; en los últimos años en España ha habido una tendencia al alza en el consumo de hipnóticos también presente entre la población activa, habiendo aumentado el porcentaje de personas que han usado estas drogas en el último mes del 5% en 2007 al 7% en 2013 y el cannabis es la droga ilegal más ampliamente utilizada entre la población activa, consumida por el 7% de los trabajadores en el último mes.

En términos de sustancias, la segunda droga ilegal más utilizada después del cannabis, con cierta distancia, es la cocaína (aunque se observa una tendencia ligeramente a la baja desde 2007 —el 2% de la población activa lo ha consumido en los últimos 12 meses—). La prevalencia del consumo en los últimos 12 meses de otras drogas (como anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o inhalantes volátiles) es inferior al 1%.

La proporción de consumidores hombres es mayor que la de las mujeres en todas las drogas, excepto para los hipnóticos, donde se observa un predominio femenino (debe tenerse en cuenta cómo, mientras que la tasa en los hombres se estabiliza a partir de los años 90, con las mujeres aumenta, para el consumo de hipnóticos). La edad también influye en el patrón de consumo, ya que los trabajadores menores de 35 años tienen la mayor proporción de riesgo de consumo de alcohol y cannabis, y donde se concentra el porcentaje de consumidores de cocaína. Del mismo modo, el nivel educativo juega un papel importante, siendo aquellos que tienen un nivel educativo más bajo los que presentan las tasas más altas de consumo de todas las drogas legales e ilegales, según el estudio.

Los autores de esta encuesta observaron que, en general, no existen diferencias significativas en el consumo entre empleados y desempleados. A partir de esto, uno podría pensar que la asociación entre el trabajo y el consumo de drogas no es importante; sin embargo, la ocupación anterior puede haber contribuido al consumo de drogas, o algunos sostienen que el desempleo puede ser un elemento de riesgo para el consumo de drogas (Forcier, 1988).

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, entre la población activa es un reflejo de lo que sucede en la población española en general, tanto en la proporción y características de los consumidores como en la evolución histórica. En ambos, las sustancias con mayor prevalencia de consumo son alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. Se muestra un aumento en el consumo de alcohol y sedantes hipnóticos en los últimos 12 meses y una disminución en el consumo de cannabis y cocaína durante el período 2007-2013.

La población activa registra un mayor porcentaje de consumo alcohol y tabaco y menos consumo de sedantes e hipnóticos que la población general y, lo que es más significativo, se descubre que, a una edad temprana y antes de comenzar a trabajar, el consumo de riesgo está presente en tasas similares a las de

los trabajadores adultos. También se observa una notable prevalencia de consumo en ciertos sectores [como la construcción, la restauración y el transporte (AA.VV., 1993)] y ciertas categorías profesionales [principalmente las más bajas, a excepción de ciertos medicamentos e hipnóticos sedantes (AA.VV., 1992: 744)], así como una mayor incidencia en unidades productivas pequeñas y medianas que en grandes corporaciones (AA.VV., 2006: 74).

En términos de regulación, el tratamiento de la drogodependencia en España es muy reciente, no así en el caso de la embriaguez, que se ha considerado como una causa de resolución del contrato de trabajo desde la Ley de Contrato de Trabajo de 1977. En la principal ley laboral española actual —el Estatuto de los Trabajadores, publicado por primera vez en 1980—, el artículo 54.2 f) contiene la siguiente definición: «se consideran incumplimientos contractuales: (...) la embriaguez habitual o toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo».

Para aplicar este artículo, la ley exige la presencia de tres requisitos básicos simultáneos: embriaguez o toxicomanía, habitualidad y repercusión negativa en el trabajo. Los tribunales entienden que los requisitos básicos de habitualidad (que no situaciones esporádicas o casuales, sino habituales) y el impacto negativo en el trabajo, requieren su presencia simultánea en el momento en que se produce, además, la afectación de la sustancia sobre el trabajador, y esto no siempre es sencillo. En muchos supuestos, la ausencia de alguno de estos requisitos, por su dificultad probatoria —falta de pruebas biológicas que acrediten la afectación de la sustancia por el trabajador, situaciones puntuales donde no se observa habitualidad o perjuicio de poca entidad sobre los intereses empresariales— ha implicado la calificación del despido como improcedente [STS 29 mayo 1986 (RJ 2748) y SSTSJ Castilla y León/Valladolid 6 noviembre 2000 (JUR 60831/2001), Cataluña 16 abril 2002 (AS 1988), País Vasco 26 abril 2005 (AS 2528)].

Por ello, la dificultad en la acreditación de estos requisitos normalmente lleva a la empresa a sancionar este comportamiento a través de otras conductas penalizadas en el artículo 54.2, tales como: faltas repetidas e injustificadas de asistencia o puntualidad, indisciplina o desobediencia, ofensas verbales o físicas, la transgresión de la buena fe contractual o disminución continuada y voluntaria en el rendimiento del trabajo normal o pactado [SSTSJ Cataluña 21 marzo 2000 (AS 5537) o País Vasco 18 julio 2006 (JUR 100636/2007)].

La experiencia para las empresas en el uso de este artículo no es muy satisfactoria debido a estas dificultades señaladas, que van desde certificar la propia afectación del trabajador de la sustancia hasta acreditar la habitualidad o el efecto negativo en la actividad y también el hecho de que la conducta no sea consecuencia de una enfermedad respecto de la cual el empleado pudiera necesitar ayuda (lo que, incluso, podría suponer responder ante posibles vulneraciones de derechos fundamentales).

El primer paso es demostrar el hecho de que el trabajador está bajo la influencia de sustancias psicoactivas dentro del ambiente de trabajo y para esto es necesario realizar una prueba médica para verificar en qué cantidad, qué sustancia y cómo afecta la misma sobre el empleado a la hora de trabajar. Para ello, el artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, referido al monitoreo de la salud, establece que empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo, pudiendo, por tanto, incluir este tipo de pruebas. Sin embargo, el problema reside en que estas pruebas solo pueden ser realizadas cuando el trabajador expresa su consentimiento y solo hay tres excepciones a esta regla: los supuestos en los que la realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores o para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo —con amplia casuística para esta excepción (Goñi, 1997)—, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa o cuando así esté establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad (Fernández Domínguez, 2015: 127).

En cualquier caso, el empleador debe informar a los representantes de los trabajadores sobre el uso de estos medios, utilizar las pruebas menos intrusivas y molestas para el trabajador, respetar siempre la dignidad y la esfera de privacidad del trabajador, garantizar la confidencialidad y custodiar toda la información relacionada con la salud del trabajador (no puede utilizar los datos obtenidos con fines discriminatorios ni en detrimento del trabajador). También se requiere personal médico con competencia técnica, capacitación y capacidad comprobada para realizar las pruebas.

El hecho de que la Ley regule la embriaguez y la toxicomanía como motivos de despido provoca un doble efecto negativo en el sistema legal español: por un lado genera incertidumbre legal, pues los tribunales no han escondido su preferencia hacia sancionar esta conducta a través de otras alternativas legales como la disminución del rendimiento [SSTSJ Murcia 17 junio 1993 (AS 3045), Cataluña 3 abril 1997 (AS 1398)] o la transgresión de la buena fe contractual [SSTSJ Cataluña 19 septiembre 2012 (AS 2942) y Galicia 13 marzo 2013 (AS 1800)]; y por otro obstruye la perspectiva rehabilitadora que debe de proyectar la norma, pues el consumidor habitual puede llegar a ser un enfermo y su conducta no debería ser castigada si no es responsable de sus propios actos [STSJ País Vasco 20 abril 2010 (AS 2043)].

Además, cabe tener en cuenta, como ya ha sido indicado, del doble riesgo que supone la regulación y sanción de esta conducta, pues el consumo excesivo de sustancias puede estar relacionada con la presencia de una enfermedad por parte del empleado [SSTSJ Galicia 10 enero 1991 (AS 26) y Madrid 10 abril 2003 (AS 3086)] y por ello, esto puede no solo puede obstruir su proceso de re-

cuperación, sino que puede suponer una discriminación por causa de la adicción (Johnson, 1985: 702).

Con este escenario en el marco regulatorio español, está claro que el abuso de sustancias en el lugar de trabajo se dirige hacia una perspectiva rehabilitadora y asistencial a los empleados, como es demostrado a través de las iniciativas llevadas a cabo por los gobiernos autonómico mediante los planes de asistencia al empleado en los que la parte laboral es especialmente relevante. El bajo uso del artículo estatutario que castiga este comportamiento debido a sus complejos requisitos y la evidencia emergente de que el consumo podría significar la existencia de una enfermedad en el trabajador, significa que las regulaciones laborales españolas precisan de ser actualizadas de cara a un nuevo enfoque, más avanzado y asistencial hacia el empleado.

3. El contexto y las regulaciones de Estados Unidos

En los Estados Unidos de América, un estudio de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental en el estado de Washington en 2015 reveló que, de cada diez trabajadores a tiempo completo, al menos uno ha tenido problemas con el abuso de sustancias psicoactivas (Bush, 2015: 1).

Este estudio fue guiado por una muestra de más de 111.500 trabajadores a tiempo completo entre los años 2008 y 2012 y muestra que, en el último año, al menos el 9.5% de ellos han tenido problemas con drogas ilegales (una tasa más alta que la observada casi hace treinta años antes, donde alrededor del 7% de ellos habían tenido estos problemas de consumo). Entre el 9% de los trabajadores de entre 18 y 64 años habían consumido drogas ilegales o bebieron en exceso (cinco o más bebidas al mismo tiempo) en el último mes.

Los niveles generales de consumo y los trastornos por abuso de sustancias se han mantenido en las mismas tasas desde el último estudio realizado por la misma institución en 2007 (AA.VV., 2007), sin embargo, ha habido cambios importantes en ciertos sectores: en el sector de la construcción, las tasas de consumo cayeron significativamente de aproximadamente 17% al 14%; en el sector hotelero y la industria de servicios de alimentos, las tarifas aumentaron de casi el 17% en 2007 a más del 19% para el año 2015; en el sector de la Administración Pública, se observa que solo un 4% había consumido en el último mes, en comparación con las altas tasas de consumo de los empleados del sector de hostelería y hotelería, que se ubica en un 19%. En el sector de la salud, el consumo de alcohol en el último mes se inclinó alrededor de un 4.4%, y en general existe un importante riesgo no solo para el trabajador, sino para el paciente, al ser estimado que uno de cada diez profesionales de la salud caerá en el abuso de alcohol y drogas en algún punto de sus vidas (Skerret, 2012).

Si bien los niveles generales de consumo entre los trabajadores estadounidenses permanecen estables desde la última encuesta nacional registrada, los problemas de abuso de sustancias representan un gran riesgo para la salud, la seguridad y la productividad del empleo en los Estados Unidos, y las regulaciones de este tema dependen la mayoría de las veces en cada estado.

Para los empleados no sindicalizados de empresas privadas en los Estados Unidos [93.3% (US Department of Labour, 2015)], la conducta del abuso de sustancias podría representar un despido discrecional sin previo aviso y sin tomar en cuenta los derechos adquiridos anteriores [esto es lo que se llama en el Estado de Washington «una discreción estatal» o «a state discretion» (AA.VV., 2019: 104)]. Esta doctrina consuetudinaria estadounidense, también llamada empleo «a voluntad» o «at will», es la regla general que impera en las relaciones laborales en todos los estados a excepción de Montana y consiste en la que un empleado puede ser despedido por un empleador por cualquier motivo (es decir, sin tener que establecer una «causa justa» para el despido), y sin previo aviso (Muhl, 2001).

Sobre la base de estos hechos, y sabiendo cuál es la consecuencia inmediata de esta actitud en el lugar de trabajo, tanto empleador como empleados deben concienciarse de que este no es solo un problema corporativo, sino humano y los programas asistenciales (como los Programas de Asistencia al Empleado —PAE— o *Employee Assistance Programs* —PAEs—) podrían ser parte de la solución.

En este sentido, durante varios años los PAE han estado ganando una gran influencia en los Estados Unidos de América, y pueden describirse como herramientas «fundamentadas en el empleo que opera desde la organización del trabajo para identificar a los “trabajadores con problemas”, motivándolos a resolverlos y brindándoles acceso a asesoramiento y tratamiento cuando lo necesiten» (Sonnenstuhl, 1990: 7).

Originado en la década de 1940, y siguiendo el éxito de otros programas como Alcohólicos Anónimos, algunas empresas grandes en los Estados Unidos aplicaron los PAE (incluidos DuPont y Kodak, entre otros) para resolver problemas serios de alcoholismo, especialmente de la población ubicada en barrios conflictivos de grandes ciudades (Ames, 1985: 492). De las 4 a 6 compañías que las habían establecido entre 1940 y 1945 [y después de algunos comienzos vacilantes «en aumento lento pero constante» (Trice, 1981: 186)], en los años 80 había más de 4.400 que aplicaban estos programas (Colantonio, 1989: 13). Principalmente fueron influenciados por Harold Everett Hughes, el senador de Iowa conocido como «Sr. Adicción», que impulsó en 1972 la modificación de la ley que lleva su nombre (la «Ley Hughes» de 1970) y por la cual se creó el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo para incluir expresamente el abuso de drogas en el lugar de trabajo (Steele, 1989: 511). También se publi-

caron las normativas de la Orden ejecutiva 12564 y la Ley de lugares de trabajo libres de drogas en 1988.

A partir de ese momento, a pesar de que los datos variaban significativamente según el tamaño de las empresas (AA.VV., 1996: 804) y los sectores utilizados (Bureau of Labor Statistics, 1989), el camino se guió hacia la generalización de los PAEs. Principalmente a fines de los 90 y principios de siglo, estos programas llegaron a más de 100 millones de estadounidenses en 2002 (Dickman, 2009: 30; AA.VV., 2004); en 2004, al 70% de la fuerza laboral de América del Norte (Society for Human Resources Management, 2006) y en 2008, el 75% de la misma [con una tasa del 52% en las pequeñas empresas, el 76% en las medianas y el 89% en las grandes (Employee Benefits News, 2007)] (Society for Human Resources Management, 2008).

La estructura de los PAE consiste en diferentes etapas donde la figura del supervisor del trabajador toma un papel singular en la medida en que realiza la detección inicial del consumo. El supervisor identifica a los trabajadores con problemas por los resultados negativos en el trabajo y debe documentar los hechos que conducen a la pérdida de productividad (Mangione, 1999: 268). Este agente también debe confrontar al empleado con los datos recopilados y asesorarlo sobre las consecuencias de este comportamiento en el lugar de trabajo, incluida la oferta de tomar el PAE [se considera que este primer diálogo causa un fuerte impacto e influye considerablemente en la elección del empleado del PAE (Schneider, 2000: 60)]. Si se ha detectado el uso de sustancias a través de pruebas de salud o si el comportamiento del propio trabajador representa un peligro real para el propio empleado, para otros colegas o para la actividad, el supervisor invitará al empleado a usar el PAE (Frone, 2012), bajo la advertencia que, de lo contrario, podría haber consecuencias más drásticas en términos de su posición en la empresa.

En la etapa de asesoramiento, el empleado recibe consejos relevantes para eliminar la causa del problema, utilizando tratamiento, supervisión y rehabilitación, incluida la atención a posibles recaídas (Foote, 1992: 246). Por lo general, esta intervención es suficiente y satisfactoria, pero si no lo fuera, el trabajador es enviado desde el PAE a los servicios de salud (Zarkin, 2000: 77), lo que conllevaría ajustes en su relación laboral con la empresa, incluida la suspensión del contrato con derecho de reingreso después de pasar con éxito el tratamiento (EMCDDA, 2012: 112).

La gestión de los PAE, tradicionalmente interna a las empresas (adjunta a los departamentos de recursos humanos, el servicio médico u otra unidad organizativa específica) ha visto cómo el aumento en la cartera de servicios ofrecidos hace que los empleadores externalicen cada vez más estos programas. Lo que comenzó en la década de 1970 como algo extraordinario con la iniciativa llevada a cabo por Human Affaire International y Personnel Performance Consultants

se ha convertido en un negocio rentable al que recurren más del 80% de las empresas [un porcentaje que disminuye al 50% en grandes unidades de producción (AA.VV., 1996)].

Los buenos resultados en productividad, la disminución en los recursos de atención médica y la reducción de costes directos e indirectos, ayudaron a expandir la oferta en servicios de estos programas especialmente en tiempos de expansión económica (Kirk, 2003, 140). Los tratamientos incluyeron una amplia variedad de problemas que también afectan el bienestar personal del empleado y su productividad (Roman, 1981: 244), tales como: problemas de salud física y mental, situaciones conflictivas en el trabajo, conciliación entre la vida personal y laboral, el matrimonio y la familia (Herlihy, 2005) e incluso problemas legales o financieros (Willburn, 2007: 12).

Estos programas, por lo tanto, tienen ahora una perspectiva amplia hasta el punto de desdibujar su propósito original (Grant, 2008: 890) con aspectos no solo individuales sino de la propia organización (AA.VV., 2009: 2), como informar sus problemas a los superiores o consultas de gestión (McGuire, 1993: 19), cambios en la unidad de producción y los problemas de desarrollo de la fuerza laboral (Hyde, 2008: 2), así como ofrecer servicios preventivos y respuesta inmediata a incidentes críticos en los lugares de trabajo (Everly, 2008: 14)

Con todo, y a pesar de que los PAEs «ofrecen más interés que nunca» (Merrick, 2007: 1262), es preciso apreciar que existe una «escasez relativa de estudios sobre estos programas» (Roman, 2002: 50), y específicamente sobre su efectividad (Kurtz, 1984: 33), por lo tanto, no se recomienda combinarlos con otras iniciativas complementarias lejos de su objetivo principal [alcohol, drogas, salud mental (Steel, 1998)], avanzando, de esta manera, hacia estándares de más calidad (Masi, 2005: 157). También es necesario contemplar estándares correctos de privacidad desde los entornos médicos y empresariales (para lo cual es efectiva la Ley de Estadounidenses con Discapacidades —*Americans with Disability Act*—, que brinda cierta cobertura contra la discriminación de aquellos que han tomado los PAEs) y de confidencialidad, lo cual podría ayudar al empleado a inclinarse por la utilización de estos programas (Reynolds, 2003: 240). La falta de regulación específica o estándares unificados con respecto al uso de estas herramientas en el país causa algunas deficiencias que pueden alejarlos de la perspectiva inicial rehabilitadora del problema de abuso de sustancias en el trabajo.

4. Conclusiones

El afrontamiento de esta problemática (no solo en Estados Unidos de América ni en España, si no en cualquier país del mundo) sin duda supone una di-

ficultad que traspasa las fronteras de las leyes e involucra conceptos de derechos fundamentales como el derecho a la salud (en cuanto a que todo aquel que abusa de sustancias puede llegar a ser considerado como un enfermo) y el derecho fundamental del trabajo (en cuanto no perder su trabajo por sufrir esta enfermedad). Estos dos derechos fundamentales son la llave esencial para encontrar la solución a esta lacra no sólo dentro del trabajo sino también fuera de él.

Tanto España como Estados Unidos tienen medidas muy positivas que protegen o bien el derecho a la salud del empleado o bien el derecho al trabajo, pero también tienen carencias que, en síntesis, podría complementar el otro país.

En el caso de España el derecho al trabajo está protegido por una normativa garantista de los derechos sociales con origen en 1980 (Estatuto de los Trabajadores). El artículo 54.2 f) de esta normativa, a pesar de que permite al empresario despedir al trabajador que manifieste esta conducta en la compañía, exige acreditar estrictamente dos requisitos que deben darse de manera simultánea (habitualidad en ese abuso de sustancias y la repercusión negativa al trabajo, además de la prueba del propio consumo por parte del trabajador). La dificultad en la prueba de estos dos requisitos hace que la utilidad de este artículo por parte de ellos empresarios sea muy limitada y que su condición en la empresa por el solo hecho de tener esta enfermedad este más protegida que por ejemplo en Estados Unidos, donde prolifera el llamado empleo «at will» o despido discrecional sin causa. Además, debe ser tenido en cuenta que, como ya ha sido indicado, el consumo excesivo de sustancias puede estar relacionada con la presencia de una enfermedad por parte del empleado y por ello, esta respuesta no solo puede obstruir el proceso de recuperación, sino también puede implicar una causa de discriminación que devenga el nulo el despido.

Por otro lado, en cuanto al derecho a la salud, España no alcanza el nivel de los Estados Unidos, donde si proliferan los llamados PAEs o Programas de Asistencia a los Empleados. A pesar de que hayan sido impulsados criterios para su adaptación en la normativa española (también desde los gobiernos regionales), el abanico de servicios es tan amplio y costoso que desvirtúa la intención inicial [donde en algunas recomendaciones incluso no referencian ni al alcohol ni a las drogas (Solé y Balduque, 2007)] y, más allá de algunas grandes empresas, han sido pocas las que los han implantado (Roman y Blum, 2002). A pesar de que la ley obliga al empresario a garantizar la seguridad y salud de los trabajadores (art. 14 LPRL) el nexo del consumo de sustancias con el riesgo laboral no está claro, y, por ello, deriva en un complejo desarrollo probatorio que no siempre garantiza esta imposición al empresario (Fernández, 2015: 75).

En Estados Unidos, por el contrario, existe una amplia concienciación de los PAEs, que permiten al empleado concentrarse en proteger su derecho fundamental a la salud a través de elaborados programas que desarrollan principalmente empresas externas y en los que están implicados varios agentes (su-

pervisores, médicos, o responsables de recursos humanos). Sin duda existe en este país una mayor concienciación de los perjuicios que puede suponer en el trabajo un abuso del consumo de sustancias en comparación con España, sin embargo, cómo se ha indicado, el llamado empleo «at will» o despido discrecional (sin causa inexistente en España) supone un retroceso en cuanto a la protección del derecho al trabajo y por ello es una carencia que este país debería de mejorar.

Con todo, y en base a lo recogido de los países analizados, puede decirse que las carencias que tiene uno tiene en cuanto a los derechos fundamentales de la salud y el trabajo pueden ser complementadas con las coberturas que existen en el otro país. En este sentido, en España, a pesar de que el marco normativo precisa una adaptación a la realidad social de esta problemática, el derecho fundamental al trabajo está más protegido que en Estados Unidos con el llamado empleo «at will» o despido discrecional sin causa. Por otro lado, en Estados Unidos el derecho a la salud ha tenido más calado a través de los llamados PAEs, con una concienciación que no ha existido en España (a pesar de que existan empujes desde los gobiernos regionales) y cuya reforma normativa sea, quizás, más urgente que la adaptación del empleo «at will» en Estados Unidos.

5. Bibliografía

- AA.VV. (1992). «Alcoholism and occupations: a review of 104 occupations», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 16, num. 4, 734-746.
- AA.VV. (1993). «Drinking patterns and the gender mix of occupations. Evidence from a National survey of American workers», *Journal of Substance Abuse*, Vol. 5, num. 2, 157-174.
- AA.VV. (1996). «Aiding troubled employees: the prevalence, cost and characteristics of employee assistance programs in the United States», *American Journal of Public Health*, Vol. 86, num. 6, 804-808.
- AA.VV. (2004). «Employee assistance programs in the year 2002», in Manderscheid, Ronald and Henderson, Marilyn (eds.): *Mental health: United States 2002*, Rockville: Center for Mental Health Services
- AA.VV. (2006). *Percepción y actitud de las empresas españolas ante el alcohol y otras drogas*. Available in : http://www.istas.ccoo.es/descargas/Informe_Alcohol_drogas_2006.pdf (consulted: 10-1-2020).
- AA.VV. (2007). *Worker substance use and workplace policies and programs*, Washington: SAMHSA.
- AA.VV. (2009). «Integrated Employee Assistance Program/Managed Behavioral Health Care Benefits: Relationship with Access and Client Characteristics», *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Vol. 36, num. 6, 416-423.
- AA.VV. (2009a). «History and growth of the PAE field», *Easna Research Notes*, Vol. 1, num. 1, 1-4.

- AA.VV. (2019). *Employment Law: Private Ordering and Its Limitations*, New York: Wolters Kluwer.
- AMES, Genevieve (1989). «Alcohol-related movement on drinking policies in the American workplace: an historical overview», *Journal of Drug Issues*, Vol. 14, num. 3, 489-510.
- BACKHANS, Mona; LUDEN, Andreas and HEMMINGSON, Tomas (2012). «Binge drinking. A predictor for or a consequence of unemployment», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36, 1983-1990.
- BUREAU OF LABOR STATISTICS (1989). *Survey of employer anti-drug problems*.
- BUSH, Donna and LIPARI, Rachel (2015). *Substance use and substance use disorder by Industry*, Washington: SAMHSA.
- COLANTONIO, Angela (1989). «Assessing the effects to employee assistance programs: a review of employee assistance program evaluations», *The Yale Journal of Biology and Medicine*, Vol. 62, num. 1, 13-22.
- DICKMAN, Fred and CHALLENGER, Robert (2009). «Employee assistance programs: a historical sketch», in RICHARD, Michael; EMENER, William George and HUTCHINSON, William (eds.), *Employee assistance programs. Wellness/enhancement programming*, Springfield: Charles C. Thomas, 28-31.
- EMCDDA (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*.
- EMPLOYEE BENEFITS NEWS *Inner working: a report on mental health in today's workplace*, Washington: Employee Benefits News/Partnership for Workplace Mental Health), 2007.
- EVERLY, George and MITCHELL, Jeffrey (2008). *Integrative crisis intervention and disaster mental health*, Elliot City: Chevron, 14-21.
- EXECUTIVE OFFICE OF THE PRESIDENT (2011). *How illicit drug use affect Business and the Economy*, Available in: https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/Fact_Sheets/effects_of_drugs_on_economy_jw_5-24-11_0.pdf (Acceso: 15-1-2020)
- FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, Juan José (2015). *Informe sobre los efectos de consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral en materia preventiva*, Madrid: CEOE.
- FOOTE, Edward. and ERFURT, Jonh (1992). «Effects on PAE follow-up on prevention of relapse among substance abuse clients», *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 52, num. 3, 241-248.
- FORCIER, Michael (1988). «Unemployment and alcohol abuse: a review», *Journal of Occupational Medicine*, Vol. 30, num. 3, 246-255.
- FRONE, Michael and TRINIDAD, Jonathan (2012). «Relation of supervisor social control to employee substance use. Considering the dimensionality of social control, temporal context of substance use, and substance legality», *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 73, num. 2, 303-310.
- GOÑI SEIN, José Luis (1997). «El sida y la relación de trabajo», *Relaciones Laborales*, T. II, págs. 678-629.
- GRANT, Adam; DUTTON, Jane and ROSSO, Brent (2008). «Giving commitment: employee support programs and the prosocial sensemaking process», *Academy of Management Journal*, Vol. 51, num. 5, 898-918.
- HERLIHY, Patricia and ATTRIDGE, Mark (2006). «Research on the integration of employee assistance, work-life and wellness services: past, present and future», in HERLIHY, Patricia; ATTRIDGE, Mark and MAIDEN, Paul (eds.), *The integration of employee assistance, work/life and wellness services*, Bringhamton: Haworth Press, 63-93.

- HYDE, Mark (2008). *PAEs as workplace behavior experts. Do you share the dream?* Vancouver: Institute of the Employee Assistance Society of North America, 2-3.
- JOHNSON, Theresa (1985). «Laws prohibiting employment discrimination against the alcoholic and the drug addict», *Labor Law Journal*, Vol. 36, núm. 9, pág. 702-706.
- KIRK, Andrea and BROWN, David (2003). «PAEs: a review of the management of well-being through workplace counselling and consulting», *Australian Psychologist*, Vol. 38, num. 2, 138-143.
- KURTZ, Norman; GOOGINS, Bradley and HOWARD, William (1984). «Measuring the success of occupational alcoholism programs», *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 45, num. 1, 33-45.
- MANGIONE, Thomas (1999). «Employee drinking practices and work performance», *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 60, num. 2, 261-270.
- MASI, Dale (2005). «Employee assistance programs in the new millenium», *International Journal of Emergency Mental Health*, Vol. 7, num. 3, 157-168.
- MCGUIRE, Thomas and RUHM, Christopher (1993). «Workplace drug abuse policy», *Journal of Health Economics*, Vol. 12, num. 1, 19-38.
- MERRICK, Elisabeth (2007). «Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace. Key issues and a research agenda», *Psychiatric Services*, Vol. 58, num. 10, 1262.
- MUHL, Charles (2001). «The Employment-At-Will Doctrine: Three Major Exceptions», *Monthly Labor Review*, Vol. 3, núm. 11, 3-11.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (2015). *Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*.
- PORTELLA, Eduard (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- REYNOLDS, Shawn and LEHMAN, Wayne (2003). «Levels of substance use and willingness to use the employee assistance program», *Journal of Behavioral Health Services and Research*, Vol. 30, num. 2, 238-248.
- ROMAN, Paul (1981). «From employee alcoholism to employee assistance: deemphases on prevention and alcohol programs in work-based programs», *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 42, num. 3, 244-272.
- ROMAN, Paul and BLUM, Terry (2002). «The workplace and alcohol problem prevention», *Alcohol Research and Health*, Vol. 26, num. 1, 50.
- SCHNEIDER, Robert J.; CASEY, Judy and KOHN, Rachel (2000). «Motivational versus confrontational interviewing: assessment practices at employee assistance programs», *Journal of Behavioral Health Services and Research*, Vol. 27, num. 1, 60-74.
- SKERRET, Patrick (2012). «Doctors aren't immune to addiction», *Harvard Health Publications*. Available in : <http://www.health.harvard.edu/blog/doctors-arent-immune-to-addiction-201211165538> (consulted: 4-2-2020).
- SOCIETY FOR HUMAN RESOURCES MANAGEMENT (2006). *2004 employee benefits*, Washington: Society for Human Resources Management.
- SOCIETY FOR HUMAN RESOURCES MANAGEMENT (2008). *2008 employee benefits*,
- SOLÉ, María y BALDUQUE, Maite (2007). *NTP 780: El programa de ayuda al empleado (EAP): intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales*, Madrid (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).
- SONNENSTUHL, William and TRICE, Harrison Miller (1990). *Strategies for employee assistance programs: the crucial balance*, New York: Cornell University Press.

- STEEL, Paul (1998). *Employee Assistance Programs: then, now, and in the future*, Tacoma: Center for Substance Abuse Prevention.
- STEELE, Paul (1989). «A history of job-based alcoholism programs (1955-1973)», *Journal of Drug Issues*, Vol. 19, num. 4, 511-532.
- TRICE, Harrison and SCHONBRUNN, Mona (1981). «A history of job-based alcoholism programs (1900-1995)», *Journal of Drug Issues*, Vol. 11, num. 1, 171-198.
- U.S. DEPARTMENT OF LABOR (2005). *Employee benefits in private industry in the United States*. Available in: https://www.bls.gov/news.release/archives/ebs2_08242005.pdf (consulted: 4-2-2020).
- US DEPARTMENT OF LABOUR (2015). *News release: Union Members 2015*. Available in <http://www.bls.gov/news.release/pdf/union2.pdf> (acceso: 4-2-2020).
- WILLBURN, Chris (2007). «Helping employees with financial problems», *Journal of Employee Assistance*, Vol. 37, num. 2, 12-13.
- ZARKIN, Gary and BREY, Jeremy (2000). «The effect of employee assistance programs uses on healthcare utilization (I)», *Health Services Research*, Vol. 35, num. 1, 77-100.