Informe I

Accidentabilidad laboral y el consumo de alcohol y drogas Nacional e internacional

Revisión Internacional

Noviembre 2020

PRÓLOGO

La misión institucional de la Subsecretaría de Previsión Social, se orienta a contribuir mejorar, promover y garantizar el respeto al ejercicio de derechos en los ámbitos de seguridad social, laboral y previsional, en concordancia con las atribuciones que se le designa: Diseñar y coordinar medidas y políticas sectoriales dirigidas al perfeccionamiento del sistema de seguridad social del país.

Lo anterior se expresa en el marco de la implementación de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, que señala como un aspecto fundamental, el desarrollo e implementación del enfoque preventivo y la mejora en la coordinación intersectorial, con la finalidad de mejorar estos aspectos, lo que incluye explícitamente la disminución de accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales.

En este contexto, la Subsecretaría de Previsión Social y el Consejo Consultivo para la Seguridad y Salud en el Trabajo, este último integrado por miembros provenientes de organizaciones de empleadores, y trabajadores, profesionales con experiencia en seguridad y salud en el trabajo, han solicitado la realización de un estudio sobre "Diseño de directrices para gestionar la prevención y reducción de los efectos del consumo de alcohol y drogas en el trabajo", para cuyos efectos se constituyó una contraparte técnica conformada por un equipo intersectorial compuesto por representantes de la Comisión de Seguridad en el Tránsito (CONASET), Dirección del Trabajo (DT), El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), y La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), con la finalidad de entregar herramientas a las empresas que les permita gestionar preventivamente aquellos factores de riesgos que puedan influir en el consumo de alcohol y drogas

Es así que, mediante licitación pública la consultora Tconsulting se adjudica el servicio, que se materializa en este primer informe. En él consideramos fundamental desarrollar un marco introductorio al fenómeno que facilite su adecuada inmersión e interpretación, para luego y, de acuerdo al su objetivo específico del documento – abocarse en datos estudios y estadísticas que permitan dimensionar y relacionar: trabajo, consumo y sus consecuencias.

Este informe debe ser considerado en una secuencia coherente y complementaria con 3 informes posteriores (productos), donde se profundizará en aspectos legales, metodológicos y prácticos que entreguen a las organizaciones laborales claros lineamientos y herramientas para el abordaje preventivo; y a los organismos responsables disponer de la evidencia más reciente, atingente y rigurosa para formarse una mirada integral, y tomar las decisiones que estime adecuadas en las materias que le competen.

Documento elaborado por:

Tconsulting

Consultora especialista en abordar la temática de drogas y alcohol en el trabajo

INDICE

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO ESTUDIO 5

CAPITULO I: FACTORES DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN EL TRABAJO Y SUS EFECTOS SOCIALES 7

a. Comprensión de los factores de riesgo y protectores y su vinculación con el consumo de sustancias 7

b. Evidencia respecto a Factores de Riesgo relacionados al consumo de Alcohol y drogas en el trabajo: 11

a. Condiciones físicas, medioambientales o materiales de riesgo. 12

b. Tensión y estrés. 13

c. Tolerancia social 13

d. Aislamiento funcional y falta de apoyo social 14

e. Baja autonomía y participación 15

f. Dinámicas de reconocimiento y respeto de la distinción trabajo-familia 15

g. Climas o culturas de consumo 15

c. Efectos de salud, sociales y económicos de consumo de alcohol y drogas en las personas 18

CAPÍTULO II: CONTEXTO NACIONAL 25

a. Prevalencias de consumo en el ámbito laboral 25

b. Estadísticas asociadas a accidentabilidad y consumo de alcohol y drogas 36

c. Sobre consumo de alcohol y drogas en tránsito 40

CAPÍTULO III: REVISIÓN INTERNACIONAL 47

a. Justificación selección de países para su comparación 47

c. Prevalencias de consumo en el ámbito laboral 49

1. Estados Unidos. 50

2. Australia 51

3. Canadá 54

4. España 55

5. Alemania 57

6. Uruguay 58

d. Estadísticas de accidentabilidad laboral (por países y sectores) 59

i. Definición de métricas y cuantificación 59

ii. Estudios, estadísticas e indicadores que relacionan la accidentabilidad laboral y consumo de alcohol y drogas 61

e. Sobre consumo de alcohol y drogas en tránsito 63

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES 68

ANEXOS 73

Anexo 1. Cuadros accidentabilidad laboral por países 73

Anexo 2: Glosario de términos y conceptos: 80

BIBLIOGRAFIA 91

INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO ESTUDIO

Para contextualizar el trabajo realizado en el presente informe, se debe tener en cuenta que el objetivo general de la consultoría es diseñar directrices para gestionar la prevención y reducción de los efectos del consumo de alcohol y drogas en los lugares de trabajo.

Con la finalidad de contar con información sobre la relación entre accidentabilidad laboral y el consumo de alcohol y drogas, tanto nacional como internacional, en el presente informe se analizarán los siguientes temas:

- Factores de riesgos presentes en los lugares de trabajo que pueden influir en el consumo de alcohol y drogas.
- Efectos del consumo de alcohol y drogas en la seguridad y salud de las personas.
- Relación entre accidentabilidad laboral y el consumo de alcohol y drogas, desagregadas por sectores económicos, considerando la información estadística tanto nacional como internacional.

Para el desarrollo de estos temas la consultora ha realizado una búsqueda exhaustiva de información, tanto a nivel nacional como en los países elegidos para el estudio (USA, Australia, Canadá, España, Alemania y Uruguay), se ha considerado toda la información publicada en revistas científicas, papers, y documentos de valor académico.

En nuestro país y dada la falta de información se ha optado en agregar algunas fuentes de menor valor académico que pudieran dar cuenta del fenómeno de accidentabilidad y consumo de sustancias. Al mismo tiempo y para subsanar la falta de información se ha analizado en conjunto con algunos servicios (CONASET y SENDA) las bases disponibles, buscando relevar aquella información que puede dar luces de los objetivos buscados.

Con la idea de ajustar las expectativas, en relación a este informe, es necesario indicar que, tanto en Chile como en otros países, no se ha logrado dar cuenta de forma ordenada y sistemática de la vinculación entre accidentabilidad y consumo de alcohol y drogas. Es común ver que las encuestas miden consumo de drogas (prevalencias) a nivel país, y por otro lado, entregan información vinculada a accidentabilidad en ámbitos laborales.

Después de la búsqueda exhaustiva en distintos motores académicos, no se pesquisaron fuentes nacionales que consideraran el estudio de estas variables de forma conjunta.

El caso de nuestro país representa un buen ejemplo de este punto, ya que la información de prevalencias se encuentra disponible en SENDA, sin enfocarse a población laboral; y la de accidentabilidad se encuentra disponible en SUSESO, sin considerar consumo de sustancia como variable de desagregación.

Por ello, en el presente informe, se ha intentado vincular ambas características, sin embargo, es necesario entender que se utilizaron estudios y variables proxis para la búsqueda d e información novedosa.

En la revisión de estudios publicados a nivel internacional, se pudo obtener información válida, sin embargo, esta no es de carácter nacional, sino mas bien investigaciones con numero de casos limitado y, por lo tanto, no extrapolables al país estudiado.

Esta situación no responde exclusivamente a los países escogidos, los cuales se consideraron por tener información suficiente para los objetivos de la licitación en su totalidad y no solamente para el presente informe, sino mas bien que esta situación se repite como norma general.

Adicionalmente, en el sector laboral existen dificultades particulares, a modo de ejemplo, al intentar dar cuenta de un indicador simple, como es la prevalencia del consumo de drogas en cada país evaluado, el obstáculo encontrado es que esta variable es expresada de distintas formas (Por año, por mes, vida), o bien por grupos o subgrupos (distintos rangos etarios).

CAPITULO I: FACTORES DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN EL TRABAJO Y SUS EFECTOS SOCIALES

Gran importancia se ha otorgado en los últimos años, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), al "Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Trabajadores 2015-2025", en él solicitan a los estados miembros, que tomen acción para que el lugar de trabajo sea un ámbito de promoción de la salud, reconociendo que, la prevención de los peligros en el trabajo, la protección; así como las condiciones de empleo, y una mejor respuesta de los sistemas a la salud laborales merecen atención prioritaria de parte de los estados[1].

Existe investigación de base sólida que vinculan las condicionantes laborales a la salud de las personas, el modelo de salud pública de Marc Lalonde, estableció que los determinantes ambientales explican aproximadamente el 25% de las enfermedades. (Lalonde, 1974, 1977).

El ambiente debe ser entendido en su componente social y no solo biológico, de esta manera, las condiciones de trabajo determinaran la salud de quienes las ejecutan. Hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención. Si no que entendemos que las enfermedades causadas por los estilos de vida no saludables ocasionan elevados costos económicos a los sistemas de salud.

Por esta razón los estudios de aspectos psicosociales en el trabajo adquieren pública relevancia en atención a que los cambios en la organización del trabajo demandan y tensionan al trabajador, ya sea de forma emocional y/o cognitiva, (Dejours, 1992; Parra, 2001, 2004 y Vezina, 2007), y se constituyen en factores de aumento de probabilidad frente a la aparición de consumo de sustancias.

a. Comprensión de los factores de riesgo y protectores, y su vinculación con el consumo de alcohol y drogas

Según la OMS un factor de riesgo es "cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión"[2]. Así mismo, vinculado al mundo laboral, se definen los factores de riesgos como "aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la

[1] World Health Organization. 60th World Health Assembly. Workers' health: global plan of action (Resolution WHA60.26) [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado 21 de enero del 2017]. Disponible en: http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/ WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso60-en.pdf

International Labour Organization. 2014 Labour Overview, Latin America and the Caribbean [Internet]. Lima: ILO; 2014 [citado 21 enero del 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/ wcmsp5/groups/public/---americas/-

[2] https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

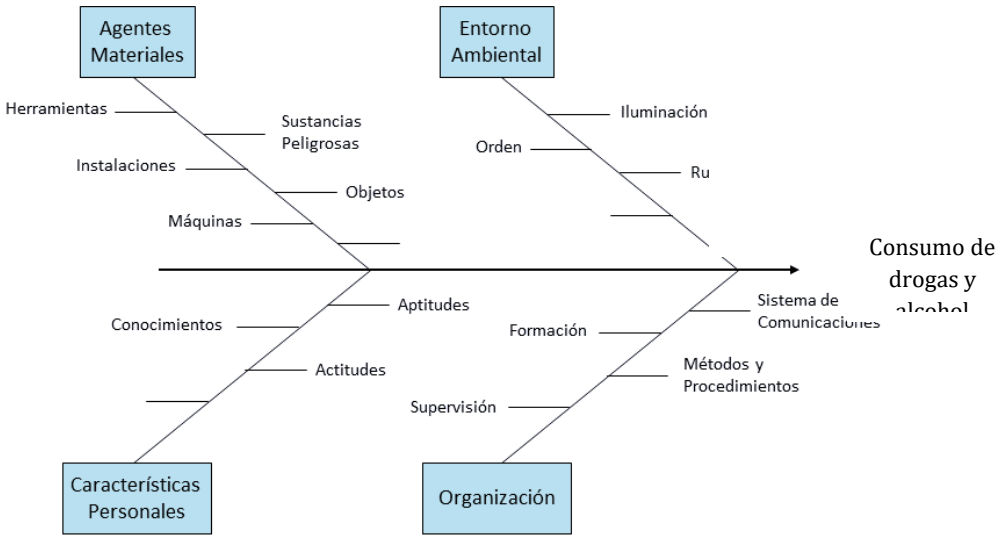
tarea, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador/a "(UGT, 2009).

SENDA, vinculando los factores mencionados con el consumo de drogas y alcohol, agrega que el contexto o condiciones laborales puede propiciar un ambiente de exposición a factores de riesgos (FR), pudiendo aumentar la vulnerabilidad de los sujetos con respecto al uso drogas y alcohol (SENDA, 2017). En este sentido, y para entender que las drogas pueden ser promovidas por los factores de riesgo, es necesario comprender que existen distintos tipos o definiciones de las mismas.

Para ejemplificar y tratar posteriormente de manera práctica los FR, utilizaremos la propuesta del Instituto de Salud Pública de Chile, que estructura los factores en las siguientes dimensiones:

- Agentes Materiales: Son aquellos factores que, por razón de su naturaleza peligrosa, pueden contribuir a la generación de un accidente (instalaciones, máquinas, herramientas y equipos, así como también los inherentes a materiales y/o materias primas y productos)
- Características Personales: Factores de carácter individual asociados al comportamiento de los trabajadores (conocimientos, aptitudes, actitudes).
- Entorno Ambiental: Son aquellos factores atribuibles al ambiente de trabajo que pueden incidir en la generación de accidentes, como por ejemplo orden y limpieza, ruido e iluminación entre otros.
- Organización: Factores asociados a la organización del trabajo y que influyen en la gestión preventiva (formación, métodos de trabajo, supervisión, etc.)(Instituto de Salud Pública, 2013)

Graficamente respresenta la interrelación de riesgos de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia en base a Factores de riesgo en el trabajo. ISP (Instituto de Salud Pública, 2013)

Si bien la forma de comprender este esquema refiere a la suma de condiciones que pueden presentarse o evitarse frente a un accidente de trabajo, nosotros lo utilizaremos integrando los FR de mayor peso estadístico, que se repiten en los distintos estudios revisados, para dar cuenta de cómo integrar, evaluar y posteriormente intervenir sobre los mismos. En los capítulos precedentes se desarrollará la evidencia

que sustenta la vinculación de estos factores con el consumo de sustancias, sin embargo, el esquema de intervención se representará en el informe número 4 (Directrices para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Presentes en los Lugares de Trabajo).

Entonces, para entender el fenómeno del consumo de sustancias en el ámbito laboral, concebiremos que existen factores precedentes, que están vinculados de forma no causal, si bien, no se podrá establecer una relación directa de causa-efecto, se considera que la presencia de los factores de riesgo (organizacional, materiales, ambiental y características personales) aumentan la vulnerabilidad hacia el uso de drogas y alcohol.

Por lo tanto, es importante dejar constancia de que las condiciones físico-ambientales presentes en un lugar de trabajo como, por ejemplo, la luminosidad, difícilmente será por si sola un factor determinante (FR) para el consumo de drogas y alcohol, sin embargo, en conjunción con otros de carácter individual (como trastornos oculares, fatigas, entre otros) y/u organizacionales, puede generar el efecto de aumento de probabilidad de consumo de sustancias.

La forma de establecer la ocurrencia y valor de cada FR, será siempre estadística y variará en cada puesto de trabajo. Por ello, un factor, por ejemplo, ambiental, puede significar un determinante de alto riesgo en un puesto de trabajo, pero en otro puede ser inocuo.

Considerando el lugar de trabajo como un determinante importante en el consumo de drogas y alcohol, junto a otros de carácter personal, social y familiar, se debe tener presente que es idóneo pensarlos; al mismo tiempo, como un posible factor de protección (FP).

En base a distintos estudios se ha identificado FR que pueden inducir el consumo de sustancias o incluso potenciar un consumo problemático. Por ejemplo, ante la aparición de los síntomas de depresión y ansiedad, aumenta la probabilidad de ingesta de fármacos sin supervisión médica. También se ha evaluado que los estimulantes, se asocian en los trabajos nocturnos, así como los que conllevan turnos rotatorios. A su vez, los trabajadores que soportan una alta carga laboral son más propensos a ingerir estimulantes sin supervisión médica. (OIT, 2012)

La precariedad y la insatisfacción laboral pueden inducir a un abuso amplia gama de sustancias con y sin receta. Así también, los trabajos que requieren largos desplazamientos y ausentarse del hogar durante periodos de tiempo más o menos prolongados, suelen favorecer el consumo de alcohol para mitigar sentimientos de soledad y aislamiento. (OIT, 2012)

También pueden hacer uso/abuso de estas sustancias aquellas personas que se dedican a los negocios, ya que al ser utilizadas como mediadores en la venta y atención al cliente. (OIT, 2012), tienden a ser parte del funcionamiento regular de este tipo de trabajos.

Asimismo, los trabajos rutinarios y monótonos son más proclives al consumo de estimulantes como el café y/o té; mientras que durante las jornadas de trabajo prolongadas se puede hacer un uso inadecuado de los estimulantes y uso de tabaco en mayor proporción. Por último, el ritmo de trabajo que deben soportar quienes trabajan con alto rendimiento puede incitar a un consumo abusivo de fármacos de todo tipo.(OIT, 2012)

En base a los documentos entregados por la Unión General de Trabajadores (UGT), en el cual se evalúan los FR para el consumo de sustancias en el transporte aéreo; se pueden evidenciar que dependiendo del cargo o rubro que se requiera evaluar, pueden existir otras formas de concebir los FR.

En este caso se opta por definir únicamente dos tipos de factores, los subjetivos y objetivos a las condiciones de trabajo.

El gran valor de esta publicación, es que agrega aquellos que se vinculan de mayor manera al consumo de drogas y alcohol en el rubro mencionado. Es decir, realiza una vinculación directa de estos factores en particular, para este tipo de cargos.

Factores objetivos	**Factores subjetivos**
Condiciones laborales (ruido, iluminación, temperatura, espacio de trabajo)	Características de la personalidad de cada trabajador
Carga de Trabajo- Carga mental (sobrecarga/infra carga)	Edad, sexo, formación del trabajador
Autonomía	Experiencia vital
Definiciones de rol (ambigüedad de rol, conflictividad de rol, estilo de mando y dirección)	Trayectoria personas y profesional
Organización del trabajo	Expectativas individuales
Contenido de tareas del puesto de trabajo (monótonas, repetidas, tareas poco estimulantes)	Estados biológicos
Estados de consumo	Responsabilidades familiares
Estilo de vida	
Condiciones de empleo y futuro (estabilidad, ascensos, desarrollo profesional)	
Conductas violentas y/o abusivas	
Jornadas a turnos y/o nocturnas	

Fuente: Prevención de Riesgos Psicosociales en el sector del Transporte Aéreo (UGT, 2009).

Todos los factores mencionados en la tabla se vinculan como FR/FP, al consumo de alcohol y drogas, y como se podrá apreciar son factores que, en su mayoría, se irán repitiendo a lo largo de la exposición en este capitulo.

A modo de ejemplo, tomaremos la edad y el sexo (características Subjetivas) que se consideran como FR/FP, en cuanto los consumidores de sustancia se concentran mayoritariamente entre los 18 y 25 años de edad, rango que en Chile se extiende de los 14 a los 35 años, así mismo el sexo masculino presenta mayor consumo en drogas ilícita y alcohol (Rodríguez et al., 2009).

Desde el cuadrante de factores objetivos se presenta como FR una elevada carga de trabajo, ejecución de tareas repetitivas, conductas violentas, estilos de vida y otros factores que serán mencionados en la evidencia y luego, en el informe 4 se proyectará el tipo de intervención que debiesen tener.

Cabe recordar que los principales estudios en relación a FR sobre la relación de características y/o condiciones laborales respecto del consumo de sustancias provienen de distintos estudios, donde la mayoría a dimensionado el efecto del alcohol más que los efectos del consumo de otras drogas.

b. Evidencia respecto a Factores de Riesgo relacionados al consumo de Alcohol y drogas en el trabajo:

Resulta complejo analizar los FR/FP de forma lineal, en cuanto existen múltiples estudios que han llegado a concluir distinto valor estadístico a los mismos factores de riesgo frente al consumo de sustancias. Por ello no existe una forma de agruparlos.

Cada estudio otorga información valiosa, en cuanto algunos los factores se van repitiendo y se puede considerar que serán los de mayor importancia al momento de determinar el consumo de sustancias, así como los prioritarios a la hora de abordar en una intervención preventiva.

De la evidencia consultada, resumimos en la siguiente tabla aquellos factores que se repiten mayormente vinculados al consumo en el ámbito laboral, algunos de ellos se asocian a algunas drogas en particular.

FACTOR DE RIESGO	CONSUMO DE SUSTANCIA
CONDICIONES LABORALES FÍSICA DURAS O ADVERSAS	Alcohol, medicamentos psicotrópicos, marihuana y cocaína
TRABAJO DE RITMO EXIGENTES, ALTA DEMANDA	Alcohol, medicamentos
BAJA SATISFACCIÓN	Alcohol y marihuana
POCO TIEMPO DE DESCANSO	Alcohol y cocaína
DESEMPLEO E INSEGURIDAD LABORAL	Alcohol
PUESTO DE TRABAJO COMO DIRECTIVO	Drogas generales
DISPONIBILIDAD Y TOLERANCIA EN EMPRESA	Alcohol y otras drogas
TURNOS Y JORNADAS LARGAS	alcohol
MONOTONÍA Y FALTA DE MOTIVACIÓN	Alcohol y otras drogas
SEXO	Mayor alcohol en hombres
CANSANCIO Y ESTRÉS	Alcohol
FALTA DE APOYO SOCIAL EN EMPRESA	Alcohol

(*) Respecto al factor de riesgo de "Turnos y jornadas largas", en particular en el sector transporte se ha asociado también al consumo de drogas en conjunto con alcohol (Reunión Ginebra 2019). En la tabla se ha priorizado la sustancia de mayor repetición en estudios y transversal a los diferentes sectores económicos.

Fuente: Tabla Elaboración propia

Para hacer una revisión de las mismas, agruparemos los estudios en las siguientes dimensiones, que a continuación se expresan.

a. Condiciones físicas, medioambientales o materiales de riesgo.

Un primer foco se relaciona con dimensiones materiales o físicas del desempeño laboral. Factores como el ruido, la iluminación, el espacio de trabajo, el cambio frecuente de dicho espacio, los niveles de accesibilidad física al consumo de A&D, o los tiempos de traslado, aumentan la probabilidad de que la organización se constituya como un espacio de riesgo frente al abuso sustancias.

Se ha relacionado el consumo con la cantidad de horas de trabajo que se desempeñan los sujetos (Escudos, 1999), en cuanto la disposición de jornadas más largas promueve el consumo de algunas sustancias, particularmente alcohol y drogas estimulantes. La sobrecarga física (Crum, 1995; Zinz, 1999), también es un factor vinculado.

En relación a las condiciones tales como frío y calor extremo, baja luminosidad, y trabajo arduo (trabajos de ritmos exigentes y ejecutar tareas peligrosas) se encontró una relación positiva con mayor uso de estimulantes y mayor frecuencia de uso de alcohol, de medicamentos psicotrópicos, marihuana y cocaína (European Foundation for the Improvement of living and working Conditions, 2012; Grupo Atra. Serra Pallisa, 2018; Heikkilä et al., 2012; Mutua Navarra, s. f.). Los trabajo específico como el manejo de sustancias químicas adictivas y manejo de medicamentos[3] hacen factible la disponibilidad de drogas y disponibilidad de alcohol[4] y con ello los trabajadores aumentan la probabilidad de consumir alcohol y/o drogas (CONACE, 2002).

En esta misma línea, en otro estudio se concluye que la existencia de condiciones físicas duras o peligrosas, que el alcohol es considerado como un mitigador de las condiciones climáticas, el 42% de los trabajadores del rubro metalúrgico, declara que el alcohol ayuda a “calentarse” (LibušeNěmcovà, 2008).

En este punto, existe una gran cantidad de información que vincula esta dimensión con distintos problemas de salud, laborales y también el consumo de D&A, la forma de abordar estos aspectos se definirán en el producto 4.

[3] Laboratorios, hospitales, farmacias, centros de atención de salud, ejercicio de la medicina, instituciones de control de droga.

[4] Empresas productoras, distribuidores, comercializadores, restaurantes

b. Tensión y estrés.

Los estresores más usuales en la operatoria cotidiana de los espacios laborales se relacionan con la inestabilidad de la fuente laboral, falta de planificación y flexibilidad en la ejecución de tareas, trabajos repetitivos y monótonos o poco motivadores, ambientes de competitividad, sobrecargas de trabajo, estrés por falencias organizativas, y percepción de baja recompensa.

Si bien todos estos factores se relacionan directamente con la probabilidad de abuso o consumo problemático de drogas, este último punto es especialmente relevante en términos de como funcionan las organizaciones.

Se encontró bastante evidencia al respecto, por lo que este factor parece ser determinante en la aparición de uso de sustancias. Sin embargo, la forma de determinar la tensión y el estrés debe estimarse en base a factores que pueden ser subjetivos y objetivos. Para dar algunas certezas de este punto, se encontró evidencia de que los trabajadores con escaso tiempo de descanso registran mayores prevalencia en consumo de cocaína (Grupo Atra. Serra Pallisa, 2018) y alcohol (Roman & Blum, 2002).

Por otro lado, el observatorio español concluye que los trabajadores que tienen puestos directivos y profesionales tienen un patrón consumo de riesgo de algún tipo de droga (Mutua Navarra, s. f.), así como quienes presentan sobrecarga de roles y tareas (Moore, 2003) siendo estas diferencias más evidentes en los hombres que en las mujeres.

La forma de abordar el estrés y la tensión, sobrecarga laboral etc., debe ser meticulosamente evaluada, en cuanto los significantes de carga para una empresa pueden diferir de una otra.

c. Tolerancia social

Es sabido que la conformación de equipos de trabajo cohesionados y funcionales, pueden traer buenos réditos no solo a los objetivos de la empresa, sino que a la salud de los trabajadores. En este sentido la capacidad de funcionamiento en equipo, la identificación con la empresa, entre otras, puede convertirse en un factor protector frente al consumo de sustancias.

En investigaciones revisadas se encontró que las condiciones relacionadas con el “orgullo laboral”, la estimulación y formación remunerada (Bildt, 2002), y las gratificaciones que pueden ser percibidas por el trabajador (Marchant, 2011) han demostrado promover niveles más bajos de ingesta de alcohol.

En este sentido, trabajos en entornos que provean poca identidad institucional o de equipo, junto con otras condiciones del trabajo pueden ser un factor de riesgo de consumo de sustancias.

d. Aislamiento funcional y falta de apoyo social

En cuanto a los factores relacionados a la estructura, funcionamiento y contexto organizacional de empresa, se asocian a los trabajadores por turnos[5] y por jornadas continuas de noche; estos presentan mayores probabilidades de consumir alcohol diario o casi a diario, relacionándose con un consumo excesivo[6] de alcohol o alcohol para dormir (Grupo Atra. Serra Pallisa, 2018; Richter et al., 2020), y las largas jornadas y turnos laborales[7] tienen un 52,38% de mayor probabilidad de consumir alcohol frente a los que no (Virtanen et al., 2015).

También se ha demostrado que las prácticas de horario de trabajo irregular[9] aumentan la probabilidad de un mayor consumo de alcohol (Babor et al, 2010). Existe la justificación por parte de los trabajadores, que el consumo de alcohol y otras drogas, contrarresta la monotonía y la falta de estímulo intelectual, como funciones rutinarias que pueden generarse con el trabajo (Valencia y Pérez, 2004). Así mismo, situaciones diversas de acoso laboral presentes en lugares de trabajo (Crum, 1995; Richmann, 2001; Rospenda, 2008); y la inseguridad laboral (Moore, 2003; Virtanen, 2008) se asociaron con el consumo de alcohol de alto riesgo.

Por último, en factores individuales, existen diferentes estudios; que evidencian que el exceso de demandas psicológicas son condiciones a considerar (Grunberg, 1998; Rospenda, 2000), y por otro lado, variados estudios han demostrado que el estado civil, parental y económico, así como el vecindario, sexo, edad, educación, profesiones, hábitos de vida (tabaquismo, niveles de actividad física) y rasgos de personalidad, deben considerarse respecto consumo de alcohol de alto riesgo (San; 2000, Marchand, 2011 y 2008).

El observatorio francés encontró que los indicadores correspondientes con el alcohol están inversamente relacionados con la educación, es decir, cuanto mayor es el nivel de educación obtenido, es menos probable que los trabajadores beban o se emborrachen regularmente (Eurowork, 2012). Consistente a estos resultados, el observatorio español concluye que los trabajadores que tienen puesto de directivos y profesionales tienen un patrón consumo de riesgo de algún tipo de droga (Mutua Navarra, s. f.). Por último, un informe de 2008 sobre el consumo de alcohol y los accidentes destaca el mayor consumo de alcohol y drogas en el trabajo se presenta entre los trabajadores ilegales (normalmente no cualificados) (EuroWork, 2012).

Si bien los factores individuales, no están del todo relacionados a esta dimensión, nos parece interesante agregarlos en cuanto son variables objetivas que pueden ser tomadas en cuenta en la caracterización y estimación de los riesgos.

---

[5] Médicos de emergencia, enfermeras y trabajadores industriales

[6] Se define 7 bebidas seguidas para hombres y 5 para mujeres.

[7] Se considera jornada estándar 35 a 40 a la semana, y larga jornadas entre 49 a 54 horas a la semana y más de 55 horas.

[8] U.N Odds Ratio del 1.1.

[9] Es decir, trabajar fuera horario, viajar al extranjero, horarios laborales no estructurados)

e. Baja autonomía y participación

Son múltiples los factores de riesgo asociados al abuso o consumo problemático de A&D en el espacio laboral que tienen una estrecha vinculación con condiciones de vulnerabilidad asociada a la baja participación.

Es frecuente en el mundo laboral encontrar puestos de trabajo que muchas veces presentan bajos niveles de autonomía y un alto nivel de dependencia. Este tipo de dinámicas puede generar un relación positiva entre el consumo de alcohol y otras drogas con una baja de satisfacción (European Foundation for the Improvement of living and working Conditions, 2012; Roman & Blum, 2002), siendo los trabajadores que tienen consumo reciente de marihuana quienes declaran mayor insatisfacción en su trabajo frente a los que no (Mutua Navarra, n.d.).

f. Dinámicas de reconocimiento y respeto de la distinción trabajo-familia

El balance entre el trabajo y la vida privada es un eje fundamental de la promoción de la salud. Las políticas organizacionales pro familia reducen la tensión, disminuyen el estrés y el conflicto, elevan la salud de sus trabajadores y disminuyen la probabilidad de consumos y abusos de A&D (Solomon, 1999).

Por otra parte, se advierte sobre una relación positiva entre la autopercepción de bajo apoyo social por parte de compañeros de trabajo y superiores o prácticas de mobbing[10] y el uso de alcohol y drogas (Eurowork, 2012), conclusiones que fueron corroboradas por publicaciones en variados países (Prijs Gezondheid en Onderneming, 2010). La utilización y presencia de habilidades de liderazgo en los supervisores o cargos de mando también ha demostrado ser factor de importancia y que influye en el consumo (Head, 2004; Crum, 1995), como también el apoyo social que pueda brindar la empresa y los compañeros de trabajo, versus acciones o actitudes de acoso existentes (Hemmingson, 1998; Richmann, 2001).

g. Climas o culturas de consumo

Las culturas de consumo demandan un abordaje específico en relación a la visión de prevención ambiental. En la empresa se identificarán a través de observar los marcos de lenguaje, códigos, formas de sociabilidad, valores, expectativas y creencias que refuerzan los consumos de A&D en el espacio laboral. Un punto fundamental de estas culturas de consumo se relaciona con los modos de afrontamiento del estrés, sin embargo, sus efectos se extienden otros muchos ámbitos.

[10] código del trabajo de Chile como “toda conducta que constituya una agresión u hostigamiento reiterado en contra de una determinada persona. Estas acciones pueden ser ejercidas no solo por el empleador, sino también por otros trabajadores o pares, a través de cualquier medio -presencial u online”

Respecto a las condiciones culturales de la empresa, vinculadas al estado de consumo de alcohol y droga en los trabajadores, se concluye que la tolerancia al consumo dentro de la jornada laboral aumenta la probabilidad de este.

El total de las empresas evaluadas en Bélgica, 42% eran permisivas frente al consumo de alcohol durante un almuerzo de negocios y el 32% durante el almuerzo (Fadler, 2011). Cifra que aumenta al 60-70% de permisividad en ocasiones o fechas especiales.

Finalmente, se puede evaluar los factores de otra forma, agrupando y creando dimensiones que permitan revisar en conjunto una serie de variables, ejemplo de ello, un estudio chileno (Ansoleaga, 2010) examinó los factores psicosociales del trabajo, y se obtuvo que un 40% de las personas presentó una alta demanda psicológica, 11% presenta bajo control en sus procesos de trabajo, un 12% presentó estrés elevado o muy elevado y el riesgo de sufrir sintomatología depresiva. Determinando a su vez, el consumo de sustancia psicotrópicas, reportando un 34% de prevalencia, especialmente tranquilizantes y ansioliolíticos (medicamentos) [11].

En relación al rubro transporte, el 30% de quienes trabajan en sectores de "transporte, almacenamiento y comunicación, intermediación financiera, administración pública y defensa" en Europa, presentan prevalencias de estrés laboral altos frente a otros, dando alto índices de tensión fatiga y carga mental (en trasportistas). Este estrés auto-reportado en transportistas también se ha asociado a un mayor nivel de consumo de alcohol (Regland,D.2000) y a ausentismo laboral (Gardenl,B.1982 y Cunradi, C. 2013) a una mayor ocurrencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales (Issever, H. 2002), reportando por ejemplo, los trabajadores del rubro de transporte de Lituania que beben alcohol alcanzan el 83,8% (Silva Bustos et al., 2014).

Como se aprecia, existe abundante evidencia frente a los FR, y han ido en ascenso los estudios especialmente sobre riesgos emergentes, también se dispone de bibliografía muy extensa y específica, definiciones, conceptualizaciones - clasificaciones e inclusive metodologías e instrumentos variados en esta línea.

Dado que se ha solicitado la revisión de indicadores a nivel país para la evaluación de estos factores, hemos considerado algunas recomendaciones de autores, quienes dicen que los indicadores con índices de accidentabilidad, enfermedades, el ausentismo laboral, entre otros (Marchetti, 2013), son los que darán cuenta de como se logra o no el impacto en la mejora de los factores psicosociales.

En general, estos indicadores permiten brindar una evaluación de los riesgos a condiciones laborales en que se encuentran los trabajadores, o bien, circunstancias que están presentes en sus lugares de trabajo, sin embargo, no existen propuestas para la revisión de los factores asociados a drogas.

Por ello, hemos considerado adherir a la propuesta de los más utilizados según la OIT, para que puedan vincularse en las distintas encuestas y se asocien al consumo de sustancias.

Se muestra en la siguiente tabla algunos de los más utilizados:

[11] 27% declaró haber consumido de manera regular en la última semana ansiolíticos; 20% hipnóticos y 14% antidepresivos

INDICADOR	DETALLE
TASA DE ACCIDENTE LABORAL	Tasa de cantidad de accidentes laborales vinculados a consumo de sustancia cada 1.000 ocupados. Se extrae del número de trabajadores que reportan haber sufrido algún accidente de trabajo en el último año (12 meses). Es necesario estimar gran sub-reporte existente.
PORCENTAJE DE ENFERMEDADES DE TRABAJO	Proporción de trabajadores que declaran enfermedades relacionadas con el trabajo (enfermedad por una actividad laboral, exposición a agentes físico, químicos, biológicos o ergonómicos). Este indicador se puede vincular a enfermedades asociadas a consumo de sustancia,
PROPORCIÓN DE LESIONES MÁS COMUNES	Proporción de trabajadores que declara que puede suceder lesiones comunes (contracturas, dolores, cortes, heridas, pinchazos, golpes de calor, agotamiento, moretones, contusiones, esquinces, desgarros, quemadura, infecciones de la piel, irritación, amputaciones traumáticas, ninguna) y que se vinculan a consumo de droga (testeo). Es necesario estimar gran sub-reporte existente.
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES QUE LLEVA/MANEJA CARGA PESADA	Proporción de trabajadores que percibe el trabajo en relación al sobreesfuerzo. Como factor de riesgo frente al consumo de sustancias.
PROPORCIÓN DE PROBLEMAS COMO CONSECUENCIA DEL TRABAJO	Proporción de trabajadores que declaran que tuvieron algún tipo de problema consecuencia del trabajo en los últimos 12 meses incluir en consumo de sustancia como problema especifico.
PORCENTAJE DE EXPOSICIÓN A RIESGO	Proporción de trabajadores que declaran los siguientes problemas a consecuencia del trabajo como temperaturas muy altas, o bajas, polvo, humo o gases, ruidos fuertes o vibraciones, espacios cerrados, productos químicos, escasa ventilación, herramientas de trabajo peligros, radiación solar, trabajo en altura, electricidad, iluminación insuficiente, fuego, otros, en los últimos 12 meses. Como factor de riesgo al consumo de sustancias.
PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE SUFRIÓ TENSIÓN, ESTRÉS O DEPRESIÓN	Proporción de trabajadores que declaran que sufrieron tensión, estrés o depresión por problemas de trabajo en el último mes. Como factor de riesgo frente al consumo de sustancias
PORCENTAJE DE EXPOSICIÓN A RIESGO PSICOSOCIALES	Proporción de trabajadores que declaran que están o estuvieron expuesto a situaciones en el trabajo como no han respetado el horario de descanso, le han gritado, le han obligado trabajar más de lo que le corresponden, no han tomado en cuenta su opiniones, lo han herido con las palabra, lo han insultado, han percibido algún momento alguna directriz de la empresa con el objetivo de aislarse de los demás, han tenido algún problema vinculado a insinuación de carácter sexual, lo han golpeado en los últimos 12 meses. Como factor de riesgo de consumo de sustancias
PORCENTAJE A RIESGOS PSICOSOCIALES	Proporción de trabajadores que en su trabajo ha sido objeto de comportamientos abusivos, amenazas de violencia física, comentarios negativos sobre valía personales, le han desacreditado persona profesionalmente, cometarios ofensivos o burlas sobre

	su físico, le han puesto dificultades para comunicarse, insinuaciones sexuales no deseadas, violencia física, lo han amenazado por parte de un superior, compañero o cliente. Como factor de riesgo de consumo de sustancias.

Fuente: (Organización internacional del trabajo, 2019)

Existen otros indicadores interesantes de estudiar que están asociados a satisfacción laboral, motivación, rotación, reconocimiento, flexibilidad horaria, remuneración justa que pueden integrarse a una revisión más integral de los factores de riesgo laborales. Sin embargo, es necesario identificar el tipo de rubro y organización de la organización para determinar los indicadores más acordes a cada empresa.

c. Efectos de salud, sociales y económicos de consumo de alcohol y drogas en las personas

- Efectos a la salud del consumo de drogas y alcohol

Conocidos y ampliamente estudiados son los efectos adversos del consumo abusivo de sustancias, con implicancias tanto en la salud de las personas, como su entorno familiar y social (UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, 2015).

Existen múltiples estudios que dan cuenta que el consumo de drogas y alcohol presenta afecciones a nivel de sistema nervioso central, y con ello los efectos que se tengan dependerá del tipo de droga consumida, vía de utilización, frecuencia de uso entre otros condicionantes.

En cualquier caso, ningún tipo de consumo parece resultar seguro para las personas, ya que, no es solo el consumo problemático el que genera efectos adversos a las personas, sino que también el consumo de riesgo.

En esta línea la O.I.T ha desarrollado la herramienta SOLVE (metodología que integra la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo) que asocia los efectos del consumo de sustancias a la salud, con múltiples enfermedades cardiovasculares, derrames cerebrales, cáncer, VIH y SIDA, hepatitis y enfermedades pulmonares. Algunos de estos efectos se vinculan al uso de dosis elevadas o por periodos prolongados. Sin embargo, algunos podrían darse después de un único consumo. Destaca, además que la adicción afecta a las personas durante los años más productivos de sus vidas. (OIT, 2012)

Hay cifras de la OMS que demuestran que una abrumadora mayoría de los fallecimientos por trastornos relacionados con el alcohol en el mundo suceden entre los 30 y los 69 años de edad, con un pico importante entre los 45 y los 59. La mayoría de las personas esperaría estar en la cúspide de su vida laboral en este periodo. Más aún, 320.000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo cual representa un 9% de todos los fallecimientos de ese grupo de edad. (OMS, 2011).

En Chile, si se analiza el efecto del volumen y los patrones de consumo de alcohol se observa que, las personas que registran episodios agudos de consumo, duplican su riesgo de muerte respecto a aquellos que no los tienen, independientemente del volumen promedio consumido. En este sentido, los patrones de consumo, más que una medida de ajuste para estimar el volumen total, pueden ser una forma distinta e independiente de explicar un resultado, en este caso, el de mortalidad (Castillo, 2010).

El alcohol, se considera como el primer factor de riesgo que causa más muerte y discapacidad en Chile. Según el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible para nuestro país (MINSAL-PUC, 2007), estimándose que este aumenta las probabilidades de padecer alrededor de 200 enfermedades, pero además en variada evidencia se sostiene la interacción, pero la dirección del efecto no es del todo clara (Leyton, 2016).

Así también el consumo problemático de drogas puede tener efectos aun más graves en las personas, desde una baja de funcionamiento en el sistema inmunológico, con el consecuente aumento de riesgo de sufrir enfermedades o infecciones, hasta sufrir afecciones cardíacas que van desde ritmos cardíacos anormales hasta ataques cardíacos.

El consumo crónico puede provocar náuseas y dolor abdominal, que también genera cambios en el apetito y pérdida de peso, mayor tensión en el hígado, con aumentos de riesgo de daño o insuficiencia hepáticos.

A nivel cerebral aumenta la probabilidad de sufrir convulsiones, accidente cerebrovascular, confusión mental y daño cerebral, problemas de memoria, atención y toma de decisiones, que dificultan la vida diaria. Dado que los efectos de las drogas alteran el sistema nervioso central (SNC), los efectos son múltiples y globales, pudiendo ocasionar incluso la muerte.

A continuación, se expresan de forma resumida las principales consecuencias de salud respecto del consumo de las principales drogas (efectos iniciales, a largo plazo y en el trabajo):

Droga / Sustancia	Efectos del consumo	Efectos de largo plazo	Efectos en el trabajo
Alcohol	En un primer momento genera desinhibición, y euforia, locuacidad y relajación; para luego producir: Dificultad para hablar, para pensar y asociar ideas. Dificultades para coordinar movimientos del cuerpo. Aumento del tiempo necesario para responder a un estímulo o un riesgo repentino. Somnolencia y cuando la dosis muy elevada, coma etílico.	Pérdida de memoria, déficit intelectual, enfermedades del aparato digestivo: gastritis, hepatitis, cirrosis, etc. Enfermedades cardiovasculares, alteraciones endocrinológicas, enfermedades, neurológicas y complicaciones psiquiátricas.	Posibilidad de que se produzcan conductas de agresividad y conflictos con compañeros de trabajo, disminución de capacidad de reacción y aumento del riesgo de accidentes.
Marihuana	Relajación, desinhibición, cambios en la percepción del paso del tiempo. Somnolencia, dificultad para realizar tareas complejas, aumento del apetito. Sequedad de boca, ojos enrojecidos. Taquicardia, sudoración y ocasionalmente, reacciones de pánico y ansiedad.	Posibles alteraciones cardiovasculares, hormonales e inmunitarias. Alteración de las funciones relacionadas con el aprendizaje, la concentración y la memoria. Posibles complicaciones psicopatológicas, especialmente en personas con antecedentes psiquiátricos.	Pérdidas de memoria, menor capacidad de aprendizaje de nuevas tareas, aumento del riesgo de accidentes laborales.
Cocaína	Euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad (locuacidad y verborrea). Disminución de la sensación de hambre, fatiga y sueño. Dilatación de las pupilas. Aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca que, en ocasiones pueden precipitar episodios cardiovasculares graves. En ocasiones, complicaciones psicopatológicas (crisis	Pérdida de apetito. Insomnio Complicaciones cardiovasculares y respiratorias. Complicaciones psiquiátricas (depresión, trastornos psicóticos).	Alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, especialmente después del fin de semana y periodos de mayor consumo.

	de ansiedad, reacciones paranoides, psicosis)		
Tranquilizantes	De efectos depresores del sistema nervioso central (SNC), son utilizados especialmente para tratar la ansiedad, pánico, estrés agudo y los trastornos del sueño. disminuyen la capacidad de concentración, y de memoria generan somnolencia, confusión, náuseas, mareos, sequedad de boca, disminución de capacidad y reacción motriz (enlentecen). Disminución de la presión arterial dolor de cabeza, náuseas, mareos.	Somnolencia y faltas de coordinación los primeros días hasta que el organismo se ajusta a esos efectos secundarios. Otros efectos causados por el consumo (no recetado) y el abuso pueden incluir: dependencia por su alto poder adictivo, al largo plazo pueden tener efectos negativos a nivel cognitivo e intelectual y la salud física y mental. Trastornos de sueño y cardiacos.	Dificultad de concentración, fatiga permanente, menor capacidad de aprendizaje de tareas, baja capacidad de respuesta, y riesgo de accidente laboral.
Anfetaminas	Efectos estimulantes (euforia, locuacidad verborrea), Disminución de la sensación de hambre, fatiga y sueño. Dilatación de la pupila. Efectos cardiovasculares (aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca). En ocasiones, complicaciones psicopatológicas (crisis de ansiedad, reacciones paranoides, psicosis).	Complicaciones cardiovasculares. Trastornos alimenticios y depresivos (depresión).	Alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, especialmente después de periodos de mayor consumo. Complicaciones psiquiátricas - Enfermedades cardiovasculares.
Alucinógenos	Alteraciones profundas de la percepción de la realidad, puede ocurrir perdida temporal de consciencia. En ocasiones, complicaciones psicopatológicas (ansiedad, reacciones paranoides (mal viaje, psicosis). En ocasiones, recurrencias o flashbacks (semanas o meses después del último uso de la sustancia).	Complicaciones psicopatológicas (trastornos psiquiátricos).	Alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento, especialmente después del fin de semana y de periodos de mayor consumo – Complicaciones psiquiátricas.

Elaboración propia en base a fuentes (NIDA/NIH, OMS, Mutua Navarra)

Adicionalmente a los problemas de salud personal y en el entorno familiar, en los últimos años se han realizado estudios nacionales e internacionales sobre la prevalencia de consumo de alcohol y la incidencia de problemas laborales, encontrándose entre los resultados y conclusiones, los siguientes (Gómez et al., 2002).:

- Existe una relación significativa entre consumo alto de bebidas alcohólicas y diversos indicadores de absentismo, así como unos datos preocupantes respecto a accidentabilidad laboral.
- Entre el 15 y el 30% de los accidentes mortales ocurridos en el trabajo se deben al consumo de alcohol y drogas.
- El 20-25% de los accidentes laborales afectan a personas en estado de intoxicación.

- Los consumidores de alcohol padecen de dos a cuatro veces más accidentes, siendo el absentismo laboral de dos a tres veces mayor que en los demás trabajadores.

Fuente: Alcohol y accidentes laborales en España: revisión bibliográfica, 1995-2001, MT. Gómez, MC. del Rio, FJ. Álvarez.

Otros estudios dan cuenta de cifras aún mas complejas, Becker (2001) calcula que hasta 54% de los incidentes relacionados con el alcohol (como accidentes, disputas, ausentismo, delitos), son atribuidos a bebedores ocasionales, y 87% en total son atribuidos a bebedores ocasionales y moderados, por el simple motivo de que son muchos más (OIT, 2012).

En investigación realizada en la escuela de salud publica del Instituto Nacional sobre Abuso del Alcohol, Fundación Robert Wood Johnson, descubrieron que la mayoría de los problemas de desempeño laboral relacionados con el alcohol (60%) están asociados con bebedores no dependientes. (OIT, 2012)

Otro hallazgo con una muestra de 800 trabajadores de una empresa de transportes, el absentismo por enfermedad común era el doble entre los consumidores excesivos de alcohol que en el resto de la plantilla (Cabrero y Cols, 1996). En esta misma línea, Malka et al. (Ameille y cols, 1989), las ausencias por enfermedad eran cuatro veces superiores entre los consumidores de alcohol. Unos resultados similares se han encontrado también en otros estudios (Fernández-Felgueroso y cols, 1981; Santodomingo, 1983; Arrekoetxea y cols, 1995).

En cualquier caso, una posible explicación de las altas tasas de absentismo encontradas en estos estudios radica en la incidencia directa del consumo abusivo de alcohol en el rendimiento profesional. En un principio las "resacas" pueden impedir a una persona acudir al trabajo; posteriormente, es el propio deterioro físico y mental producido por el alcoholismo lo que impide a un sujeto llevar a cabo un rendimiento adecuado (Echeburúa, 1996). Además, una conclusión que también se repite insistentemente en todos los estudios es el gran aumento de los accidentes de trabajo entre las personas que abusan del alcohol (Cabrero y cols, 1996; EDISUGT, 1987; Ameille, 1989; Fernández-Felgueroso y cols, 1981; Santodomingo, 1983; Arrekoetxea y cols, 1995).

En concreto, la accidentabilidad laboral (incluida en ella la provocación involuntaria de accidentes) es casi tres veces superior a la de otros trabajadores, con unos costes por accidente asimismo muy elevados. Un dato significativo es que del 15% al 40% de los accidentes de trabajo que ocurren en España están producidos directa o indirectamente por el consumo excesivo de alcohol (Montalvo, 2001).

El manual SOLVE de la OIT agrega información sobre las distintas áreas (sociales, familiares, labores, entre otras) en las que el consumo de alcohol y drogas afecta a las personas, trabajadores y familias; con relación al ámbito de transporte indica que incluso el beber pequeñas cantidades de alcohol puede tener un efecto crítico. Algunos pilotos cuyo desempeño fue puesto a prueba en simuladores de vuelo por Yesavage (1994) tuvieron más errores de lo normal hasta 8 horas después de que la concentración de alcohol en su sangre (BAC, por sus siglas en inglés) era de aproximadamente 0.10 (el límite legal para conducir en muchos países es de 0.05 BAC, que normalmente equivale a una copa). Un aspecto muy importante que se ha comenzando a investigar, es: El efecto de la resaca: al día siguiente, cuando el BAC se acerca a cero, los efectos de la resaca pueden continuar por 24 horas más (OIT, 2012).

De esta forma concluye que los efectos en el trabajo pueden clasificarse en los siguientes:

- Pérdidas humanas, materiales y en tiempo ocasionadas por accidentes.

- Incremento de las primas por compensación por riesgos del trabajo.
- Una reducción del ritmo de desempeño y una mala calidad del trabajo debido a la intoxicación o la resaca.
- Un aumento de ausencias por enfermedad.
- Mayor rotación de empleados y aumento de los costos por formación a los nuevos trabajadores; mayor incidencia de llegadas tardías.
- Robo y daños en el lugar de trabajo.

El mismo manual SOLVE de la OIT indica que el abuso de sustancias tiene un fuerte impacto sobre el lugar de trabajo, incluyendo el desempeño laboral general (por ejemplo productos de menor calidad, trabajos inconclusos o por rehacer), la rotación de personal, costos de re-contratación cuando los trabajadores dejan la compañía (como la pérdida de memoria de la organización, las compensaciones por despido, el reclutamiento y los costos de orientación), las responsabilidades legales asociadas con los accidentes y las lesiones, aumento de permisos por enfermedad u otros costos en prestaciones de salud para los trabajadores, comportamiento conflictivo y empobrecimiento de las relaciones laborales; robos y vandalismo, quejas y arbitrajes. Aunque algunos de los costos, como el del aumento de las ausencias, los accidentes y errores pueden ser atestiguados o medidos, hay otros que son más difíciles de identificar, como la baja moral y las tasas elevadas de enfermedad. Sus efectos son igualmente perjudiciales.(OIT, 2012)

- Estudios de costos sociales y económicos del consumo de sustancias

Los estudios en esta materia tienen como objetivo determinar el costo que implica para la sociedad en su conjunto una problemática determinada. Respecto a la estimación del costo social del consumo, se utiliza como metodología principal los Estudios de Costo de Enfermedad, que corresponden a un tipo específico de estudios de impacto económico.

Tienen, por tanto, el propósito de incrementar el grado de comprensión acerca de la naturaleza y el ámbito de una enfermedad determinada, así como de sus consecuencias previsibles para la sociedad en su conjunto.

En el caso particular de los estudios sobre el impacto económico del abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, se trata en esencia de estimar los costos sociales en que cualquier colectividad incurre en un momento dado, por comparación con una situación hipotética en la que no existiera consumo. Para lograr lo anterior, se definen e identifican tipologías de costos directos, personales (salud o laboral, sociales, indirectos, tangibles, intangibles, entre otros), para los que se determina un set de indicadores que permitan cuantificar, para luego valorarlos.

Una de las principales consideraciones que se debe tener, es la correcta delimitación o definición del alcance de la estimación. En primer lugar, se debe definir qué sustancia o grupo de sustancias serán sujeto del estudio de estimación de costos (alcohol, drogas, tabaco). Esta definición es de gran relevancia, ya que la inclusión o exclusión de estas implica levantamientos de información diferentes. También se debe entender, que el set de indicadores que se consideran como parte del costo social no es estándar, y depende tanto de las definiciones del investigador como de la información disponible (por ello, el mismo estudio en el mismo territorio puede llevar a estimaciones diferentes).

Las clasificaciones de costos propuestas por modelos metodológicos canadienses y norteamericanos (National Institute on Drugs Abuse NIDA y, el Canadian Centre on Substance Use and Addiction CCSA) para los estudios de enfermedad sobre abuso de sustancias psicoactivas, incluyen las distintas variables que componen el fenómeno de estudio.

La mayor parte de los estudios de este tipo realizados coinciden, por encima de las notables diferencias en las estimaciones resultantes, en lo relativo al orden de importancia de los grandes grupos de costos, los que son: pérdida de productividad, gastos de atención en salud, gastos policivo-judiciales, y costos diversos (investigación, prevención, daños).

El primer grupo, el de los costos sociales originados en la pérdida de productividad, son estudios a los que se suele atribuir una mayor importancia, por sobre los otros.

En nuestro país, el estudio del "Costos Humanos, Sociales y Económicos de las Drogas en Chile", estimó un costo de 882.512 millones de pesos en el año 2006 (en moneda de ese año) o 1.664,2 millones de dólares estadounidenses, cifras que equivalen a un 1,14 % del Producto Interno Bruto de Chile (medido a precios corrientes del 2006). Los mayores ítems de costos están representados por los AVISA[12] perdidos por dependencia al alcohol, AVISA por dependencia a drogas, costos generados en accidentes automovilísticos atribuibles al consumo de alcohol y drogas, y el gasto privado en drogas ilícitas. La proporción que presentan estos ítems de costos, respecto del total de costos generados por el consumo de drogas ilícitas y alcohol, son 57,1%, 11,6%, 11% y 8% respectivamente. Esas cifras confirman que el impacto económico, en el país, del consumo de alcohol y drogas ilícitas es relevante (Olavarría Gambi et al., 2008).

El mismo estudio revela que las inversiones del Estado para enfrentar el problema representan una baja proporción de los costos totales generados por el alcohol y las drogas. El gasto gubernamental en reducción de la oferta representa un 7,5% del total de costos, en tanto que el gasto público en atención de salud por alcohol y drogas representa casi el 1% de los costos agregados.

El "Estudio del Costo Económico y Social del Consumo de Alcohol", estimó que el costo total atribuible a la problemática fue de $1.488.776.225.023 (aproximadamente 1.5 billones de pesos chilenos 2017) o USD$ 2.238.761.241. La distribución proporcional de este costo muestra que el 30,1% se origina en costos directos de salud, el 52,2% en costos relacionados con mortalidad prematura y el 15,5% en costos relacionados con crimen y violencia. Sólo el 1,9% de este costo total se asocia al diseño de políticas públicas, vigilancia epidemiológica y prevención del consumo riesgoso de alcohol. En la estimación anterior se incluyen los costos asociados al ausentismo laboral, sin embargo, el propio estudio reporta una subestimación importante por falta de información (Facultad de Medicina, Departamento de Salud pública, 2018)

Es importante destacar que este estudio actualizó las estimaciones de la carga de enfermedad y muerte asociada al consumo de alcohol en Chile (las cifras anteriormente disponibles en Chile databan de 2007).

[12] En 1993, el Banco Mundial en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, implementaron el primer estudio de carga mundial de enfermedad, el que permitió obtener estimaciones rigurosas sobre mortalidad y morbilidad por edad, sexo y región del mundo e introdujo un nuevo indicador: los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) que, como se señaló, combina el número de años de vida perdidos por muerte prematura (el componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (el componente calidad de vida).

Se incluyó en la evaluación a 40 enfermedades y problemas de salud para los cuales existe consenso internacional de una asociación causal entre el consumo de alcohol y el daño a la salud. A continuación, se presentan los principales hallazgos y datos relevantes respecto a la problemática:

• El número total de muertes directamente atribuibles al consumo de alcohol para 2014 se estimó en 13.260 [95%IC 12.790 – 13.861] correspondiente al 13,0% [95%IC 12,5 – 13,6%] del total de muertes ocurridas dicho año en Chile. Esta estimación equivale aproximadamente a 37 muertes al día causadas por el consumo de alcohol en Chile.
• El número total de AVPM (años de vida perdidos por muerte prematura) directamente atribuibles al consumo de alcohol para ese año fue de 346.114 años [95%IC 336.283 – 356.583], es decir un 16,4% [95%IC 16,0 – 16,9%] de todos los AVPM ocurridos en Chile el 2014.
• El total de años perdidos por discapacidad atribuibles al consumo de alcohol para el año 2014 fue de 231.940 años [95%IC 195.533 – 270.269]. Esto sumado a los años de vida perdidos por muerte prematura, suma un total de 571.113 [95%IC 532.558 – 608.808] años de vida saludables perdidos.

Fuente: UC, Facultad de Medicina. Estudio del Costo económico y social del consumo de alcohol en Chile, 2018.

En conclusión, el consumo problemático de drogas y alcohol[13] en nuestro país continúa siendo un problema vigente, y cuyo efecto tiene repercusiones negativas importantes tanto en la salud a nivel individual, como un costo social y económico relevante tanto de los actores públicos y privados, realidad que debe ser abordada de manera integral desde una acción coordinada de políticas públicas en salud y seguridad laboral.

[13] El **consumo problemático** de drogas o alcohol se refiere al uso recurrente de sustancias que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros. El consumo problemático es considerado un indicio de abuso de drogas, por lo cual se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: i) incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares), ii) riesgos de salud o físicos, iii) problemas legales y compromiso en conductas antisociales, y iv) problemas sociales o interpersonales.

CAPÍTULO II: CONTEXTO NACIONAL

Los datos sobre prevalencias de consumo de alcohol y drogas cuentan con levantamientos periódicos a nivel nacional, tanto en población adulta como en población adolescente a través de los Estudios Nacionales de Drogas llevados a cabo por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol y drogas (SENDA); se constatan registros detallados a lo largo del tiempo respecto a accidentabilidad laboral por rubros registrados por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), y respecto a accidentes de tránsito las estadísticas donde alguna de las partes involucradas en un accidente presentaba consumo de alcohol o drogas se encuentran en la Comisión Nacional de Seguridad del Tránsito (CONASET).

La información es detallada y extensa, pero cabe notar, que los datos observados a través de encuestas, estudios o registros administrativos de los mismos, **no permiten establecer una relación adecuada entre el consumo de drogas o alcohol y la accidentabilidad en el ámbito laboral.** Tampoco es posible determinar causalidad entre el consumo de D&A y accidentabilidad.

Para poder afirmar la existencia de una relación causal entre dos o más variables, es necesario contar con estudios experimentales o cuasi experimentales que vinculen las temáticas mencionadas, actualmente información de este nivel no está disponible y las investigaciones en torno al tema no han logrado ser del todo concluyentes. En este sentido, es posible encontrar mayor evidencia en relación a los factores de riesgos asociados a las condiciones de trabajo y al consumo de drogas y alcohol, que pueden derivar en accidentabilidad.

De todas formas, se presentarán los principales datos y estudios disponibles en nuestro país que expongan la movilidad del fenómeno, dando especial énfasis a aquellos antecedentes específicos en población laboral, y en base a ello concluir sobre el panorama nacional e internacional respecto al consumo de sustancias en el lugar de trabajo.

a. Prevalencias de consumo en el ámbito laboral

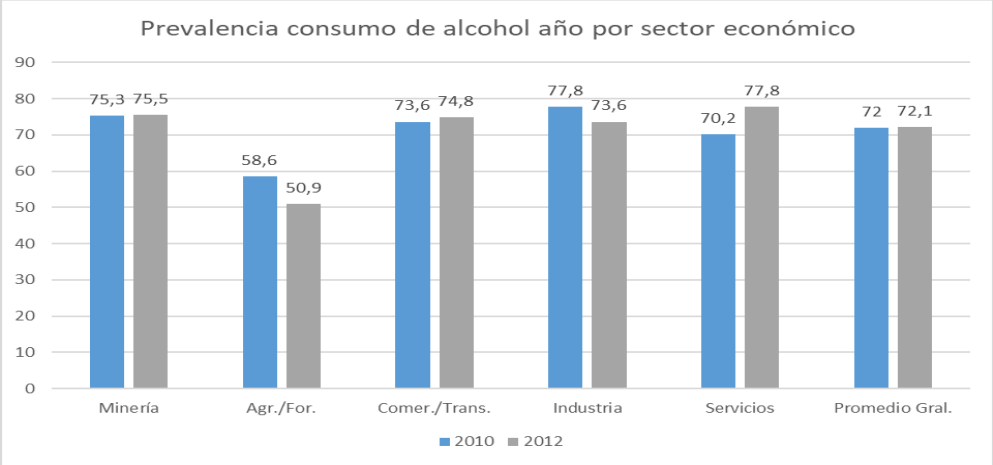
Uno de los pocos estudios Nacionales en la temática, y de mayor envergadura, que da cuenta de la problemática en particular respecto al consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral fue desarrollado por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), cuya última versión fue realizada en el año 2012 correspondiente a la sexta versión de la encuesta levantada desde el año 2003 (ACHS et al., 2012).

Este estudio, "VI Estudio de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Trabajadores Chilenos", consideró una muestra total de 4.286 trabajadores de entre 18 y 65 años, que representa un universo de más de un millón 600 mil personas. Los encuestados fueron hombres y mujeres pertenecientes a 200 empresas de 11 regiones del país. La muestra seleccionada fue de carácter probabilística y bietápica, en una primera fase con selección aleatoria de empresas representativas de cada sector, y luego, en una segunda fase con selección aleatoria de trabajadores al interior de dichas empresas.

Entre los principales resultados destacan un incremento del consumo de medicamentos psicotrópicos, desde un 8,9% observado en el estudio de 2010 a 10,8% en 2012, donde llama la atención una mayor prevalencia en mujeres, con un consumo 2,4 veces respecto de los hombres; una disminución del consumo de tabaco de 47,7% a 45,0%; la reducción del porcentaje de bebedores problema de 30,3% a 29,8%; y el aumento del consumo de drogas ilícitas de 5,8 % a 6,9%. Tanto la presencia de bebedores

problemáticos[14] así como la disposición de las personas al consumo de drogas ilícitas mostraron estar asociadas con el sexo masculino, edades más jóvenes (menos de 25 años y entre 26 y 35), solteros o convivientes y con trabajo nocturno.

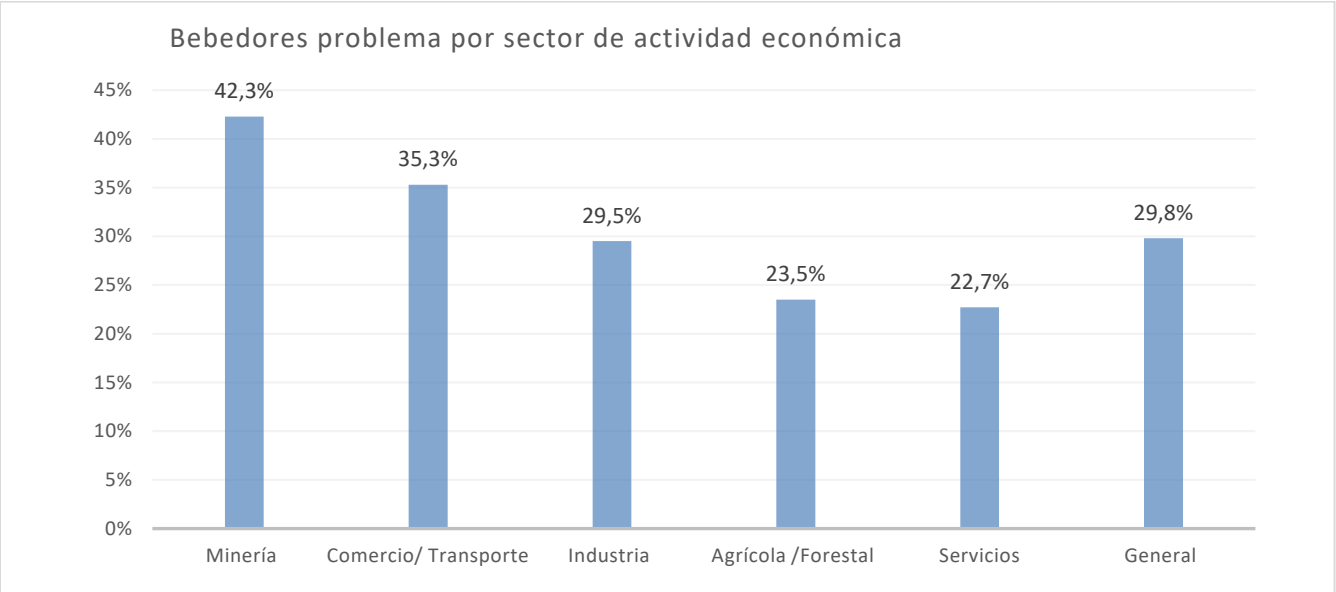
La prevalencia de consumo de alcohol para esta muestra fue de 72,1%, manteniéndose prácticamente estable desde 2010. Sin embargo, al observar los datos por sector económico se observan diferencias, siendo los sectores con mayor consumo los de Servicios (77,8%) y Minería (75,5%), en tanto la cifra menor se registró en el sector Agrícola /Forestal, con un 50,9%.



Fuente: Elaboración Propia en base a Estudio de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Trabajadores Chilenos. Asociación Chilena de Seguridad.

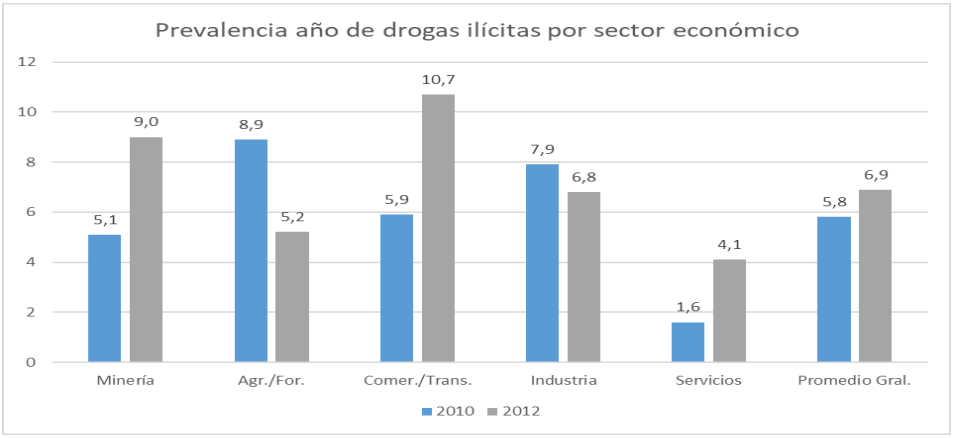
El porcentaje de bebedores problema, se mantiene en torno al 30% (30,3% en 2010 y 29,8% en 2012). Los sectores que revelan el mayor porcentaje son Minería (42,3%) y Comercio/transporte (35,3%). Los sectores que mostraron un aumento significativo entre 2010y 2012 fueron el de Servicios (14.1% a 22,7%) y Comercio /Transporte (27,2% a 35,3%). El sector Industria presentó una disminución de los bebedores problemáticos desde 38,0% a 29,5%.

[14] Persona que transgrede las condiciones del beber normal. Cualquier forma de ingestión de alcohol que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para quien consume y/o terceras personas en los ámbitos de la salud, las relaciones familiares, laborales, la seguridad pública, etc. Este puede ser dependiente o no dependiente de acuerdo a criterios clínicos



Estudio de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Trabajadores Chilenos. Asociación Chilena de Seguridad, 2012.

Respecto del consumo de sustancias ilícitas la prevalencia el año 2012 fue de 6,9% y fueron los sectores Comercio/Transporte (10,7%) y Minería (9,0%) los que alcanzaron las mayores cifras de consumo. El sector Comercio/Transporte presentó el mayor aumento de consumo, mientras que el rubro Agrícola/Forestal tuvo una disminución desde 8,9% a 5,2%.



Fuente: Elaboración Propia en base a Estudio de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Trabajadores Chilenos. Asociación Chilena de Seguridad.

Las sustancias más consumidas por los trabajadores alguna vez en la vida (prevalencia vida) fueron la marihuana (87%) y la cocaína (35,8%).

El sector de la minería muestra cifras sobre el promedio en prevalencia de uso de tabaco, alcohol y consumo de drogas ilícitas, así como en bebedores problema, mientras que todos los indicadores del sector Agrícola /Forestal se encuentran bajo el promedio.

Este estudio aportó evidencia de la existencia de factores que pueden ser conducentes al consumo de alguna sustancia lícita o ilícita en el ámbito laboral, como el trabajo nocturno, sistemas de turnos con períodos fuera del hogar o actividades con alto nivel de estrés, factores que serán definidos en capítulo precedente.

A modo de resumen, considerando estos datos, se pueden proponer las siguientes conclusiones:

• La prevalencia de consumo de drogas ilícitas en hombres es 2,6 veces más que en las mujeres.
• Los menores de 25 años tienen la probabilidad de consumir 4 veces más, drogas ilícitas, respecto a los mayores de 35 años.
• Los solteros o convivientes tienen cerca de tres veces más probabilidad de consumo que los casados.
• Las personas que realizan trabajo nocturno tienen 2,2 veces más probabilidad de consumir drogas ilícitas, que las personas que trabajan solo en jornada diurna.
• Los trabajadores con menos antigüedad en la empresa (< de 1 año) tienen 1,6 veces más probabilidad de consumir drogas ilícitas, respecto de los trabajadores que tienen más de 10 años de antigüedad en la empresa.
• Los sujetos que declaran tener ingresos por sobre los $500.000 en 2013 (aprox. $624.000 en valor actualizado a pesos 2020) tendrían un 1,25 veces menos de probabilidad de consumo que los que tienen un ingreso menor de $ 350.000 en 2013 (aprox. $437.000 en valor actualizado a pesos 2020).

Fuente: Estudio de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Trabajadores Chilenos. Asociación Chilena de Seguridad.

Sin duda, el principal problema de la información presentada anteriormente radica en la distancia temporal de los resultados con la realidad actual del consumo en el ámbito laboral en nuestro país. Se desconocen los motivos del por qué no se continuó con dicho levantamiento de manera periódica.

A pesar de la fecha de publicación del estudio, sus resultados no pierden relevancia e interés en las conclusiones obtenidas que permiten perfilar las principales características de los trabajadores que presentan consumo de drogas o alcohol en el ámbito laboral, y que dan cuenta de ciertos movimientos o cambios en las tendencias de consumo observadas desde comienzos de la década. Para abordar este último punto, se presenta a continuación una profundización del análisis en población laboral basado en las encuestas de población general levantadas por SENDA, a través de una aproximación realizada al discriminar con la información del módulo laboral utilizado en la encuesta.

Para intentar aproximarnos al fenómeno con información primaria, se utiliza la base de datos del Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General (2018), aislando a aquellos individuos entre 15 a 64 años que reporta haber trabajado al menos una hora en la última semana (sin contar quehaceres del hogar) como empleador/a; empleado/a u obrero/a del sector público, de empresas públicas o del sector privado; servicio doméstico (puertas adentro o puertas afuera); o como miembro/a de FFAA y del Orden. Lo anterior permite definir una primera aproximación a población laboral, sobre la cual se presentarán a

continuación los principales indicadores relativos al fenómeno del consumo de drogas y alcohol en nuestro país.

Considerando lo anterior, un indicador relevante a analizar es la percepción de riesgo de los trabajadores respecto a ciertas actitudes o consumo de ciertas sustancias. Dentro de los principales datos o conductas percibidas con mayor potencial de riesgo se encuentran el uso frecuente de pasta base, éxtasis y cocaína, junto con la ingesta de más de cinco tragos diarios. Sin embargo, el uso experimental de marihuana, y el consumo habitual de alcohol (tres o más tragos por ocasión), representan a vista de los trabajadores una conducta de un menor riesgo relativo, donde menos del 40% de los trabajadores lo percibe como un riesgo grande.

Percepción de riesgo en Población Laboral. Chile, 2018. Proporción de Riesgo Grande.	
Pregunta: ¿Cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de estas cosas?	
Categoría	Prevalencia
Fuma una o más de una cajetilla de cigarrillos al día	80,7
Toma tres o más tragos por ocasión	39,9
Toma cinco o más tragos diariamente	87,4
Prueba marihuana una o dos veces (uso experimental)	33,3
Fuma marihuana frecuentemente	64,3
Prueba cocaína una o dos veces (uso experimental)	74,4
Usa cocaína frecuentemente	94,3
Prueba pasta base una o dos veces (uso experimental)	85,4
Usa pasta base frecuentemente	94,9
Prueba éxtasis una o dos veces (uso experimental)	82,8
Usa éxtasis frecuentemente	92,8

Fuente: Elaboración Propia en base a Estudios Nacionales de Drogas en Población General 2018

Uno de los datos que preocupa, es la baja percepción de riesgo de consumo de alcohol (2-3 tragos diarios) de 39,9%, en cuanto la OMS declara que el consumo recomendado de bajo riesgo es de hasta dos tragos,

Cuando se pregunta por el consumo de terceros en el trabajo, el 6,2% refiere conocer a alguien en su trabajo actual que consume marihuana, cocaína, pasta base u otra sustancia ilícita, con cifras significativamente mayores en los hombres (8,4%) que en las en mujeres (3,1%). En los hombres este conocimiento aumenta con el incremento del nivel de ingreso hasta los 850.000 pesos, bajando las cifras en el grupo de mayor ingreso.(ENETS, 2011)

Por otra parte, e independiente de la percepción de riesgo que tienen los trabajadores, se puede analizar las prevalencias anuales por tipo de sustancias, donde el tabaco y el alcohol se configuran como las sustancias de uso más masivo por parte de la población labora, donde el 40,3% y 70,8% declaran haber consumido durante el último año respectivamente. Luego, se presentará un detalle de indicadores de

consumo intenso de alcohol en población laboral, que al contrastarlos con los datos de consumo en población general se observará que los trabajadores en promedio tienen un consumo mayor que al resto de la población en su conjunto.

Las sustancias con menor prevalencia de consumo corresponden a medicamentos sin receta médica, donde el uso por parte de la población laboral no supera el 1,5% del total de trabajadores. La ENETS por su parte al realizar la misma evaluación en ámbitos laborales, pero con receta médica, obtiene que el consumo de medicamentos es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres, con un 35,4% y un 21,2%, respectivamente.(ENETS, 2011)

Prevalencia de uso de sustancias en el último año. Chile, 2018 Proporción que declara consumo el último año.	
Pregunta: ¿Cuándo fue la última vez que consumió?	
Sustancia	Prevalencia
Tabaco	40,3
Cigarrillos electrónicos	5,4
Alcohol	70,8
Marihuana	13,2
Cocaína	1,0
Pasta base	0,3
Analgésicos sin receta médica (1)	1,5
Tranquilizantes sin receta médica (2)	1,4
Estimulantes sin receta médica (3)	0,4
(1) Analgésicos como Tramal o Tramadol, Codeína, Morfina, Metadona, Petidina, Fentanilo, OxyContin y Vicodin	
(2) Tranquilizantes como Alprazolam, Zotrán, Ativán o Adox, Valium o Diazepam, Clonazepam, Ravotril o Valpax, Lorazepam o Amparax, Clorodiacepóxido, Bromazepam, Zopiclona, Zolpidem o Somno, Dormonid o Midazolam, Rohypnol, Flunitrazepam o Ipnopen	
(3) Estimulantes como Anfetaminas, Cidrín, Modafinilo o Mentix, Ritalin, Metilfenidato, Aradix, Concerta o Ritrocel, Escancil, Cylert o Pemolina, Anfepramona, Fenproporex o Salcal	

Fuente: Elaboración Propia en base a Estudios Nacionales de Drogas en Población General 2018

Para determinar la intensidad de consumo de alcohol, se utilizan algunos indicadores que permiten cuantificar la problemática de consumo y los diferentes niveles. En base a los datos disponibles es posible determinar la cantidad de trabajadores que ha consumido alcohol al menos una vez dentro del último año, alguna vez dentro del último mes, u otros indicadores como “binge drinking” entendido como la proporción de usuarios de último mes que declara haber consumido 5 o más tragos (4 o más para mujeres) en a lo menos una ocasión en los últimos 30 días.

Considerando la información disponible para 2018, se obtiene que un **10,1% de los trabajadores presenta un consumo de riesgo de alcohol, y que un 30,**2% sobre el total de la población laboral ha consumido 5 o más tragos en al menos una ocasión dentro del último mes. Por otro lado, la

ENETS 2009-10, indica que trabajadores que presentan un mayor consumo de alcohol de alto riesgo aumentan con la edad (8,4% en los de 65 y más años) y al incrementar los niveles de ingreso (8,3% en los ingresos sobre los 851.000 pesos y más), (ENETS, 2011) datos que son similares a los de SENDA

Estos indicadores no permiten establecer si el consumo se ha realizado dentro o fuera de la jornada de trabajo, sin embargo, las categorías de consumo de riesgo o binge drinking podrían dar luces de un porcentaje de la población cuyo consumo podría estar afectando su desempeño o relación con el trabajo.

Indicadores de consumo intenso de alcohol en Población Laboral. Chile, 2018	
Categoría	Prevalencia
Uso alcohol último año	70,8
Uso alcohol último mes	52,0
Consumo de riesgo de alcohol	10,1
Binge drinking	58,0
Consumo de riesgo de alcohol (sobre total población laboral)	7,1
Binge drinking (sobre total población laboral)	30,2
Consumo de riesgo de alcohol: Proporción de usuarios de alcohol último año que obtiene 8 o más puntos en Escala AUDIT.	

Fuente: Elaboración Propia en base a Estudios Nacionales de Drogas en Población General 2018

En este punto, agregamos que la estimación de bebedores problema entre la fuerza de trabajo, es de 4,5% de los trabajadores con un total de 332.892 afectados, de los cuales el 90,7% son hombres.(ENETS, 2011)

Otro aspecto interesante de analizar en el ámbito laboral dice relación con la percepción que tienen los trabajadores respecto a la facilidad con la que pueden acceder a diferentes tipos de drogas ilícitas. Destaca el hecho que más de la mitad de los trabajadores declara que tiene acceso a la marihuana de manera fácil y expedita, donde la sustancia más difícil de obtener es el éxtasis, seguidos por la pasta base y la cocaína.

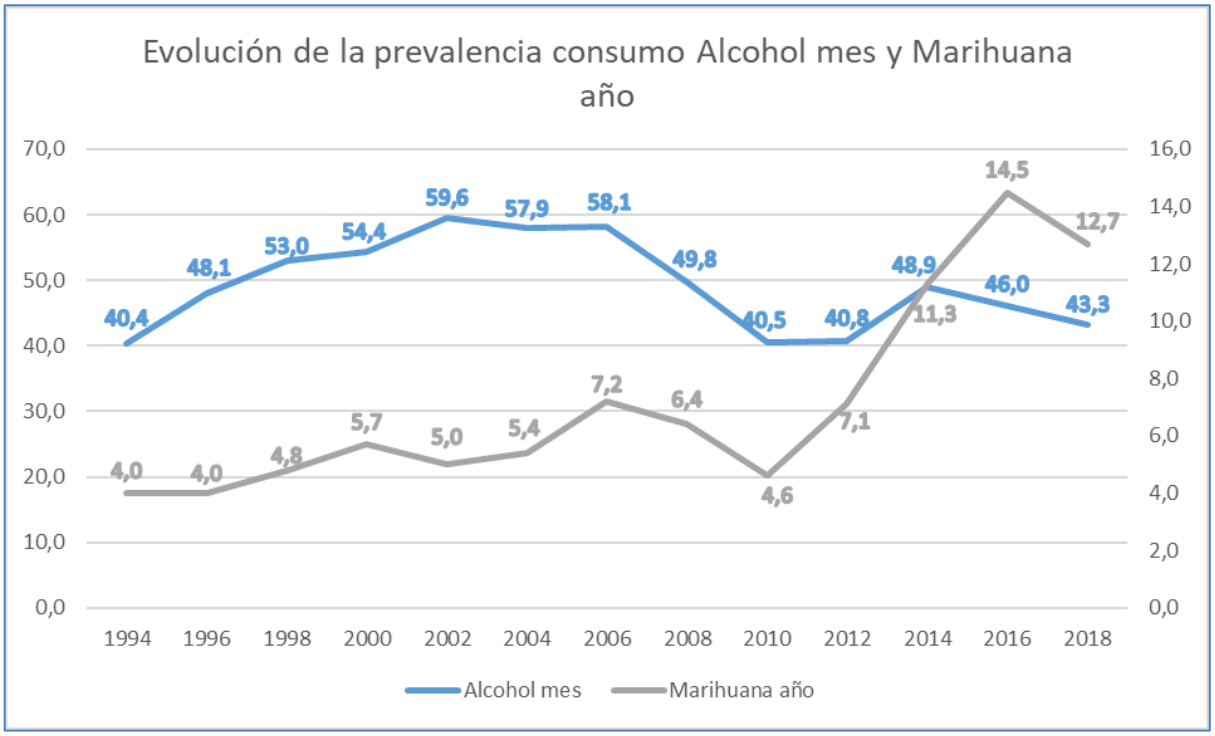
A pesar de que los trabajadores perciban que es fácil acceder a dichas sustancias, en la realidad la proporción de trabajadores que declara que le han ofrecido directamente drogas para su consumo es mucho menor, donde sólo el 22% declara haber recibido oferta reciente de marihuana.

Ofrecimientos de drogas y percepción de facilidad de acceso de drogas en Población Laboral. Chile, 2018	
Categoría	Prevalencia
Oferta marihuana reciente	22,2
Oferta cocaína reciente	6,8
Oferta pasta base reciente	3,3

Oferta éxtasis reciente	2,0
Oferta marihuana actual	14,4
Oferta cocaína actual	3,5
Oferta pasta base actual	1,9
Oferta éxtasis actual	0,6
Facilidad acceso marihuana	53,3
Facilidad acceso cocaína	29,8
Facilidad acceso pasta base	29,9
Facilidad acceso éxtasis	11,3
Oferta reciente: Proporción que declara que le ofrecieron en el último año.	
Oferta actual: Proporción que declara que le ofrecieron en los últimos 30 días.	
Facilidad de acceso: Proporción que declara que le sería fácil conseguir	

Fuente: Elaboración Propia en base a Estudios Nacionales de Drogas en Población General 2018

Por último, a modo de contrastar los datos específicos en el ámbito laboral presentados anteriormente, se analizarán y presentarán a continuación los resultados de las prevalencias de alcohol (mes) y marihuana (año) en los últimos 26 años en Chile a partir de las encuestas a Población General levantadas por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol y drogas (SENDA).

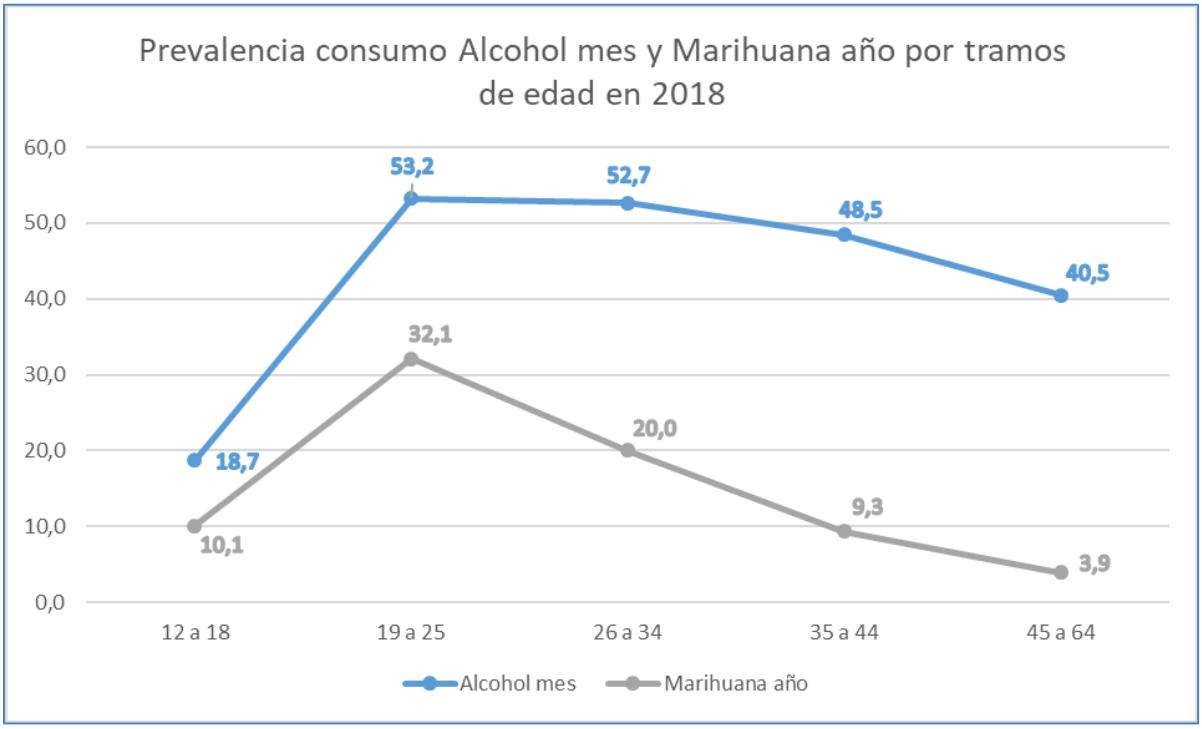


Fuente: Elaboración Propia en base a Estudios Nacionales de Drogas en Población General 1994-2018. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol y drogas (SENDA).

En el gráfico anterior es posible observar, que a nivel de la población general (mayores de 18 años), independiente de su participación o no en el mercado laboral, la prevalencia anual de consumo de marihuana fue de **12,7%, mientras que la misma prevalencia en población laboral fue de 13,2%.** Por otro lado, el consumo mes de alcohol fue de **43,3% en 2018, entretanto que en el mismo año para la población laboral dicha prevalencia fue del 52%,** es decir, un 9% mayor que el promedio de población general de Chile. Otro punto relevante de los datos expuestos en el gráfico anterior radica en la evolución y cambio claro en las tendencias de consumo en las últimas dos décadas en nuestro país. Los datos confirman una estabilización en la prevalencia mes de consumo de alcohol posterior a la baja significativa ocurrida en 2008 en torno al 40-44%, mientras que desde el año **2012 se observa un aumento importante y sostenido de la prevalencia anual de consumo de marihuana**. Estos dos datos, son consistentes con lo encontrado en los estudios presentados anteriormente, que también daban indicios de mayores consumos de marihuana y que el problema de consumo de alcohol sigue vigente en el ámbito laboral. (Observatorio Chileno de Drogas, 2019)

Aumentos de esta magnitud, y la tendencia al alza desde el año 2010, representan una alerta para los organismos de salud y seguridad, considerando las posibles consecuencias y/o costos sociales que acarrean el mundo del trabajo.

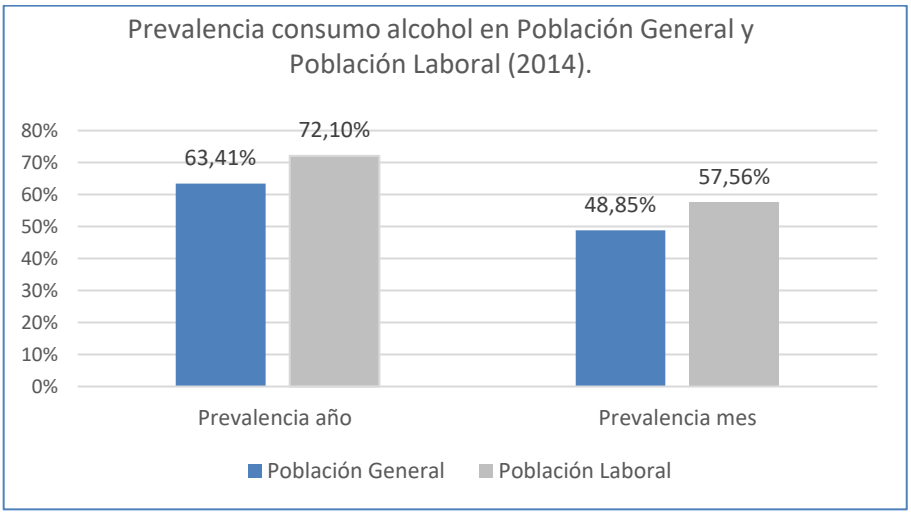
El siguiente gráfico presenta la prevalencia mes de alcohol y la prevalencia año de marihuana.



Fuente: Elaboración Propia en base a Décimo Tercer Estudios Nacional de Drogas en Población General 2018. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol y drogas (SENDA).

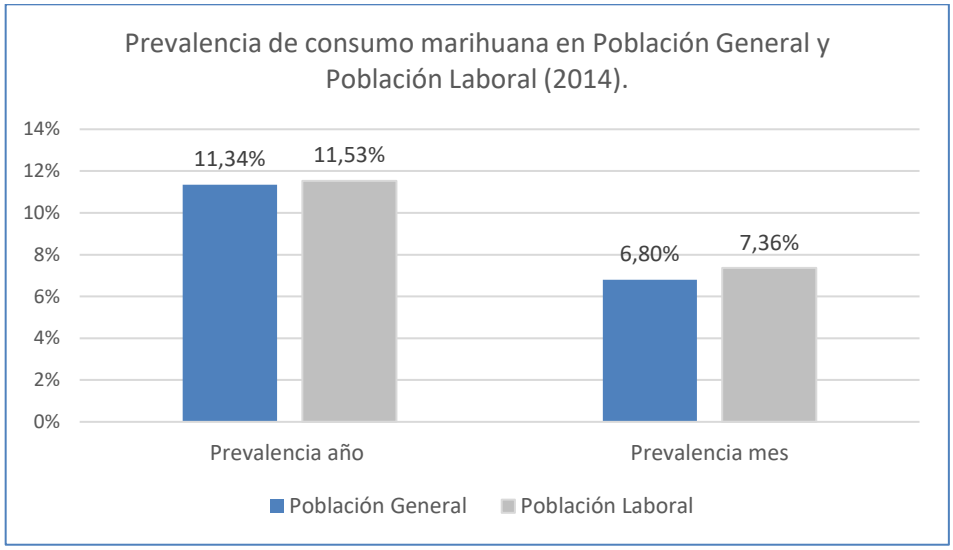
Es posible observar, a diferentes tasas de variación, el mismo efecto según tramo de edad tanto para el alcohol como la marihuana. Los datos indican que el mayor consumo se da entre los **19 y 25 años**, con una disminución considerable a medida que aumenta la edad. Es importante destacar que la disminución se produce más precozmente en el caso de la marihuana con una reducción cercana al 90% en un periodo de 20 años, mientras que el alcohol a pesar de disminuir el consumo con la edad se hace a una tasa mucho menor pasando de un 53,2% de prevalencia entre los 19 y 25 años a un 40,5% entre los 45 y 64 años (Observatorio Chileno de Drogas, 2019).

De manera adicional a los datos analizados, destacamos un documento de trabajo realizado por SENDA, donde se evaluaron y desagregaron datos correspondientes a la población laboral extraída del décimo primer Estudio Nacional de Drogas en Población General del año, 2014. Esta Información fue elaborada y validado por el área de Investigación y Estudio, para la Unidad de Prevención Laboral SENDA en el año 2015 como insumo técnico, respecto a prevalencias comparadas con la población general, sexo y sustancias los principales resultados pueden verse expresados en las los siguientes gráficos:



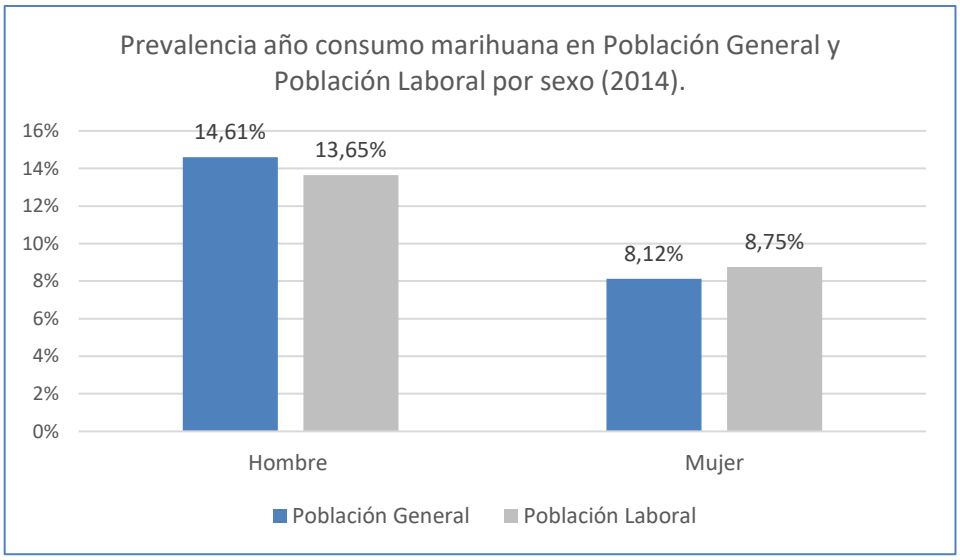
Fuente: Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. SENDA, 2014: Desagregación de datos en el ámbito laboral.

Los datos expresan claramente mayores prevalencias de consumo de Alcohol en la población laboral.



Fuente: Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. SENDA, 2014: Desagregación de datos en el ámbito laboral.

En cuanto a consumo de Marihuana se reitera y confirma el patrón de mayores prevalencias en población laboral.



Fuente: Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. SENDA, 2014: Desagregación de datos en el ámbito laboral.

En conclusión, ambas estimaciones revisadas son consistentes en cuanto logran demostrar que existe diferencia de consumo de drogas y alcohol entre la población general y laboral, siendo esta última la que presenta prevalencias de consumo mayores en todas las sustancias.

Esta situación representa un desafío para que los organismos encargados, en conjunto con la empresa privada puedan delinear políticas enfocadas a la prevención del consumo y a la modificación de las tendencias de uso y abuso de drogas.

Según los datos y proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), a través de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE), que desde 2010 y durante la última década la fuerza de trabajo en Chile representa aproximadamente entre el 60 a 63% de la población en edad de trabajar (personas mayores a 15 años). Este dato sufrió una caída del 10% aproximadamente durante 2020 a raíz de los efectos en el mercado laboral causados por la pandemia del COVID-19. Sin embargo, podemos inferir o tener como un supuesto razonable que los datos de prevalencia y consumos obtenidos en los Estudios en Población General elaborados por SENDA y los estudios precedentes, son representativos de la realidad de los trabajadores chilenos en promedio[15].

Los datos son consistentes y esperables respecto a los resultados presentados en estudios enfocados directamente en el ámbito laboral, donde es posible apreciar prevalencias relativamente mayores en la población que participa en el mercado laboral, en primer lugar, posiblemente por los factores de riesgos asociados al ámbito laboral, y en segundo lugar por un mayor acceso debido al mayor poder adquisitivo relativo respecto a las personas desocupadas e inactivas que forman parte de la muestra del estudio de población general.

b. Estadísticas asociadas a accidentabilidad y consumo de alcohol y drogas

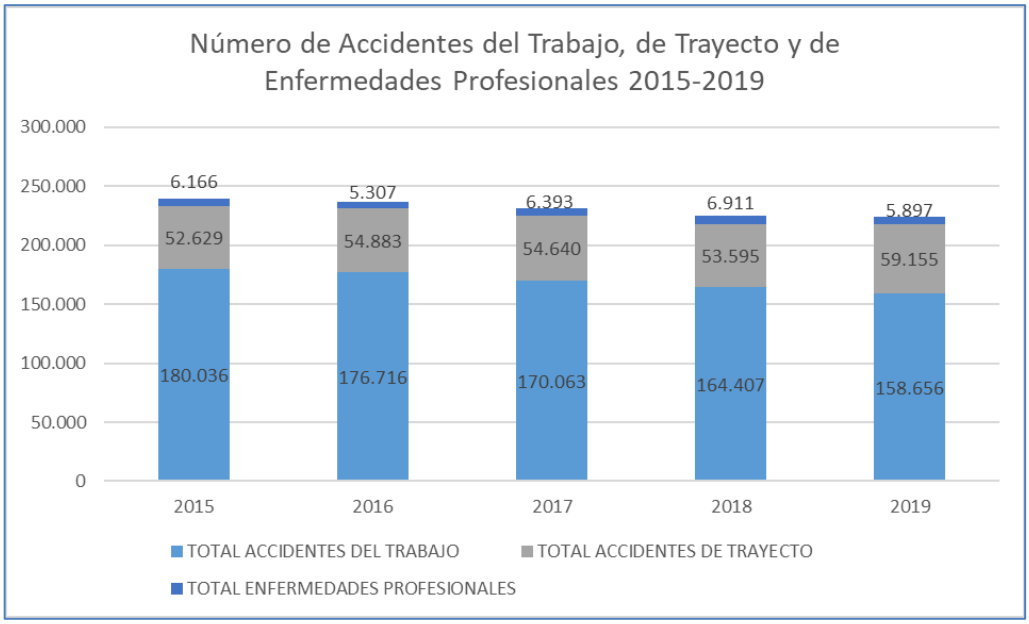
En nuestro país la Ley N° 16.744 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales establece el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que es obligatorio con cargo al empleador, que cubre las contingencias derivadas de los accidentes sufridos por una persona a causa o con ocasión del trabajo, el cual está vigente desde 1968. El seguro también cubre las enfermedades causadas de manera directa por el ejercicio de la profesión o trabajo, y que produzcan incapacidad o muerte del asegurado; además, se extiende a los accidentes de trayecto y a los que afecten a los dirigentes sindicales en el desempeño de sus cometidos gremiales.

En nuestro país en la actualidad existe gran cantidad de información, indicadores y métricas con amplios grados de desagregación respecto a los accidentes ocurridos en el lugar de trabajo, en el trayecto o asociados a enfermedades profesionales, sin embargo, **los datos disponibles no registran directamente cuáles de dichos incidentes se vincula o es causado por el consumo de alcohol o drogas ilícitas**.

Estudios a nivel internacional, según la Organización Internacional del Trabajo estiman que entre un 20 y 25% del total de accidentes laborales se relacionan al consumo de alcohol y drogas (Ochoa Mangado & Madoz Gúrpide, 2008), y en base a este dato podemos establecer un rango promedio de la cantidad de accidentes laborales en Chile relacionados con el consumo de sustancias.

Por lo anterior, en primer lugar, revisaremos las principales estadísticas para Chile en términos de accidentabilidad general y por sector de actividad económica.

[15] https://www.ine.cl/prensa/2020/07/31/ine-publica-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-empleo-del-trimestre-abril-junio-de-2020



Fuente: Elaboración Propia en base a Estadísticas sobre Seguridad Social 2019, "Boletín de Estadísticas de Seguridad Social 2019". Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)

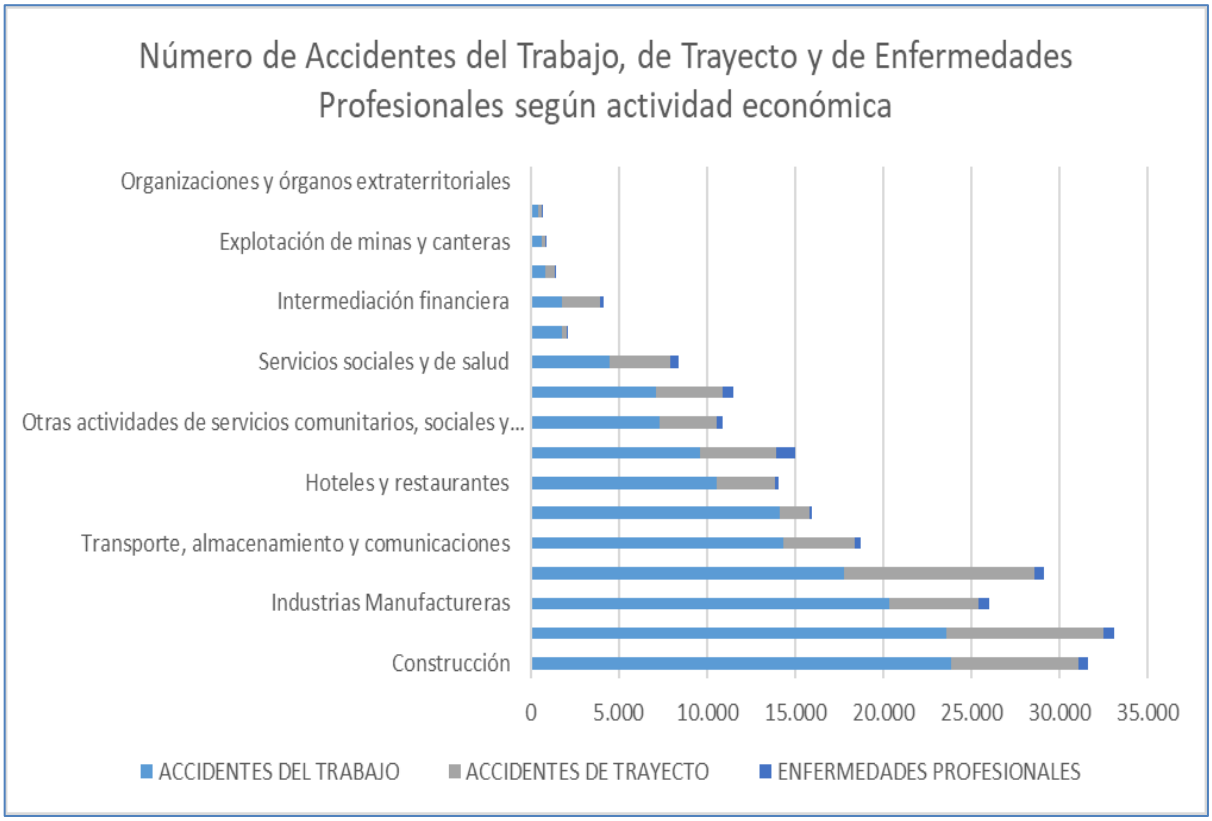
La mayor proporción de incidentes corresponden a los accidentes del trabajo, con una participación promedio cercana al 73,5% del total de incidencias. Si consideramos las estimaciones antes mencionadas, en Chile aproximadamente entre 34 mil y 42 mil de dichos accidentes laborales tendrían algún grado de relación al consumo de drogas o alcohol, lo que correspondería en promedio a un 16,5% de las incidencias anuales (Superintendencia de Seguridad Social, 2019).

Al analizar los incidentes según actividad económica, se observa gran heterogeneidad en la distribución de las incidencias al interior de cada sector y grandes diferencias a su vez entre tipo de actividad, siendo las siguientes:

i) Construcción
ii) Comercio, reparación de vehículos
iii) Industrias Manufactureras
iv) Actividades inmobiliarias y de alquiler

Estas concentran más de la mitad de todas las incidencias registradas (53,6%), donde es posible observar que al interior de cada sector los accidentes del trabajo ocupan la mayor proporción de las incidencias, sin embargo, el Comercio y las Actividades inmobiliarias poseen relativamente una mayor cantidad de accidentes de trayecto que el resto de los sectores.

Parte importante de la participación de cada incidencia al interior de una industria o sector, dependerá de la naturaleza de las actividades que esta desarrolla. (Superintendencia de Seguridad Social, 2019)



Fuente: Elaboración Propia en base a Estadísticas sobre Seguridad Social 2019, "Boletín de Estadísticas de Seguridad Social 2019". Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)

Al contrastar los datos de accidentabilidad presentados anteriormente con las prevalencias de consumo de alcohol y drogas por sector económico, **no es posible establecer una correlación** o vínculo directo entre ambas variables. Coincidentemente existen sectores como el comercio y la construcción que muestran simultáneamente las primeras mayorías en accidentes del trabajo y altos consumos de alcohol o drogas. Sin embargo, como se ha insistido dicha relación **no presenta causalidad estadística**, y se puede apreciar industrias como la minería que posee niveles similares al resto de los sectores en el consumo de alcohol, pero que cuenta con un número de accidentes laborales considerablemente menor. Esta información nos entrega las primeras luces o indicios de que existen factores externos o acciones que pueden actuar como mitigantes de ciertos riesgos, y a pesar de mantener ciertos niveles de consumo similares a otras industrias se puede reducir drásticamente la accidentabilidad.

Considerando el supuesto de que entre **20 y 25%** del total de accidentes laborales se relacionan al consumo de alcohol y drogas (Ochoa Mangado & Madoz Gúrpide, 2008), se detalla en la siguiente tabla, **tasa de accidentabilidad vinculados al consumo de alcohol y drogas**, desagregado por actividad económica para los años 2018 y 2019, separando la información entre accidentes laborales y de trayecto. Donde se puede observar, que en los dos últimos años la **accidentabilidad vinculada al consumo de drogas y alcohol promedio a nivel nacional** se ha mantenido estable en torno al 1%.

	ACCIDENTES DEL TRABAJO		ACCIDENTES DE TRAYECTO		TASA ACCIDENTABILIDAD	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	0,98%	0,98%	0,10%	0,13%	1,10%	1,10%
Pesca	1,03%	1,08%	0,15%	0,15%	1,18%	**1,23%**
Explotación de minas y canteras	0,28%	0,28%	0,08%	0,08%	0,35%	0,33%
Industrias Manufactureras	1,10%	1,03%	0,25%	0,25%	1,35%	1,28%
Suministro de electricidad, gas y agua	0,40%	0,38%	0,10%	0,15%	0,50%	0,53%
Construcción	0,98%	0,93%	0,25%	0,28%	1,20%	**1,20%**
Comercio, reparación de vehículos y otros	0,83%	0,78%	0,28%	0,30%	1,10%	1,05%
Hoteles y restaurantes	1,13%	1,05%	0,30%	0,33%	1,40%	**1,38%**
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	1,05%	0,95%	0,25%	0,28%	1,30%	1,23%
Intermediación financiera	0,28%	0,23%	0,28%	0,30%	0,55%	0,53%
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	0,60%	0,55%	0,33%	0,33%	0,93%	0,90%
Administración pública y defensa; planes de seguridad social	0,63%	0,58%	0,25%	0,25%	0,88%	0,83%
Enseñanza	0,45%	0,45%	0,23%	0,23%	0,68%	0,68%
Servicios sociales y de salud	0,58%	0,53%	0,38%	0,40%	0,95%	0,93%
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	0,70%	0,68%	0,28%	0,30%	0,98%	0,98%
Hogares privados con servicio doméstico	0,48%	0,40%	0,25%	0,28%	0,70%	0,68%
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0,30%	0,35%	0,38%	0,48%	0,68%	0,83%
TOTAL	0,78%	0,75%	0,25%	0,28%	1,05%	1,03%

(1) Se entiende por "tasa de accidentes del trabajo" al total de accidentes del trabajo ocurridos a los trabajadores protegidos dividido por el número de trabajadores protegidos por el seguro de la ley N°16.744.

(2) Se entiende por "tasa de accidentes de trayecto" al total de accidentes de trayecto ocurridos a los trabajadores protegidos dividido por el número de trabajadores protegidos por el seguro de la ley N°16.744.

Fuente: Elaboración Propia en base a Estadísticas sobre Seguridad Social 2019. Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO)

Es relevante notar, que el sector económico con mayor accidentabilidad por consumo de drogas o alcohol corresponde a Hoteles y Restaurantes, seguido por la Construcción, Pesca y Agricultura. A pesar de las limitaciones de los datos disponibles, ya que las prevalencias de consumo no responden a la misma definición de actividad económica o sector, es interesante observar como el sector construcción se reitera en ambos análisis, tanto en el nivel de prevalencias de consumo, como en la cantidad de accidentes asociados a dichos consumos. Esto entrega información relevante en la identificación de los sectores económicos prioritarios sobre los que se deben tomar acciones preventivas de política pública, y dar pie a estudios o análisis más profundos respecto a dicho sector económico. Ya que es importante estudiar con detalle las dinámicas y problemáticas inherentes al sector (factores de riesgo y condiciones del mercado laboral) que pueden estar propiciando mayores tasas de consumo y por ende de accidentabilidad (informalidad del sector, nivel de salarios, rotación, medidas preventivas y de seguridad en la industria, exposición a estrés, sistemas de jornadas y turnos, etc.).

Por último, y en relación con las diferencias entre las tasas de accidentabilidad al interior de un sector o actividad económica determinada, se puede aportar a la discusión los resultados de estudios que entregan evidencia de los resultados de una actividad preventiva al interior de las empresas de una determinada industria, como lo es el análisis desarrollado por el Observatorio de Drogas de SENDA se evaluó el efecto

de uno de sus programas preventivos en el ámbito laboral la reducción del riesgo de requerir una intervención asociada al consumo de alcohol en los trabajadores. Los resultados muestran que aquellas organizaciones que desarrollaron actividades asociadas al Programa, **sus trabajadores tienen menos riesgo (21% menos de riesgo) de necesitar una intervención por consumo de alcohol frente a los trabajadores de las mismas organizaciones,** antes de que se implementara el Programa[16].

En conclusión, dado que el consumo de alcohol y drogas representa aproximadamente un cuarto de los accidentes laborales, y si consideramos ambos estudios como la cota inferior y superior de los potenciales casos en que se reduce la accidentabilidad, se calcula que la implementación de acciones preventivas en empresas podría reducir la cantidad de accidentes entre 8 mil y 28 mil casos anuales.

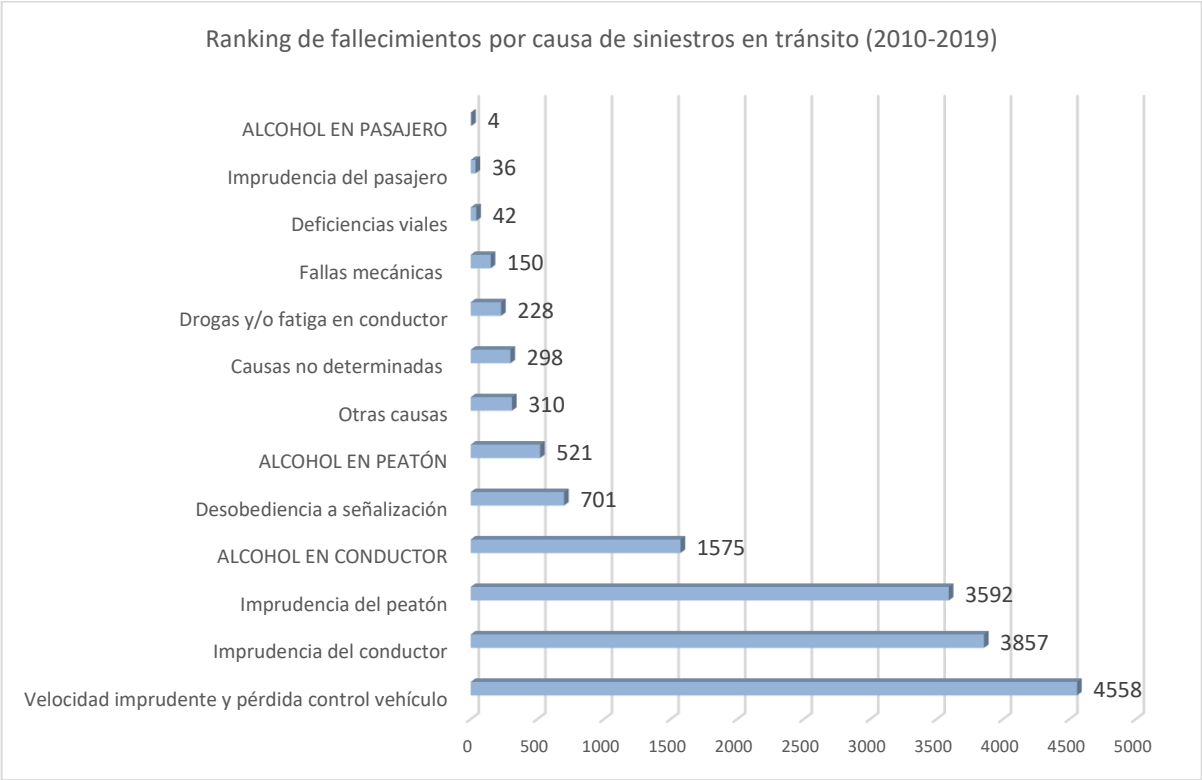
c. Sobre consumo de alcohol y drogas en tránsito

Al igual que en el caso de las estadísticas relativas a la accidentabilidad laboral expuestas en el apartado anterior, los accidentes de tránsito cuentan con extenso detalle respecto al tipo de siniestro, categoría de siniestro, tramos etarios de los involucrados, localización y temporalidad, e incluso la causa identificando claramente aquellos en que el consumo de alcohol o drogas tuvo relación. Sin embargo, y a pesar de la riqueza en la información actual, no es posible determinar cuáles de los siniestros registrados se ocurren en un contexto laboral o en el desarrollo de una actividad económica.

A continuación, se presentan y resumen los principales antecedentes del fenómeno, donde durante el año 2019 se registraron en el país 89.983 siniestros de tránsito, dejando como consecuencia 1.617 fallecidos y 57.749 lesionados, de éstos, 7.208 (8% del total) fueron causados por el “Alcohol en el conductor”.

En los últimos 10 años y también en 2019, la causa “Alcohol en el conductor” se ha posicionado en el **cuarto lugar de los fallecidos por siniestros de tránsito.**

[16] https://www.senda.gob.cl/boletin-n-25-prevencion-del-consumo-riesgoso-de-alcohol-en-poblacion-laboral-resultados-del-programa-trabajar-con-calidad-de-vida/



Fuente: Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET, 2019).

Los meses con más fallecidos a causa del alcohol en conductor fueron enero y junio, con 21 fallecidos cada mes, mientras que el mes con más siniestros fue junio (705). Los siniestros y fallecidos por "Alcohol en el conductor" ocurrieron en mayor medida entre las 03:00 a 05:59 horas (1.417, 46 fallecidos) lo que coincide con los horarios de los locales nocturnos con expendio de alcohol. En concordancia con ello, ocurrieron más siniestros y fallecidos durante sábados y domingos, con un total de 3.981 siniestros y 101 fallecidos. Estos días concentraron el 63,9% de los fallecidos de toda la semana.

Cabe mencionar que, en el año 2019, hubo 6 menores de 5 años fallecidos a causa del "Alcohol en el conductor", 5 como pasajeros y 1 como peatón. Por otro lado, es importante relevar que 48,5% de los adultos fallecidos entre 46 y 63 años (16 de 33) se trasladaban como conductores.

Adicionalmente, hay que comprender que las estimaciones presentadas en este apartado, se realizan de acuerdo a protocolos ya establecidos, que podrían subestimar la cifra de accidentes y particularmente de fallecidos por alcohol (Fundación Emilia, 2016).

Respecto a la accidentabilidad en tránsito en el ámbito laboral vinculadas al consumo de drogas o alcohol, se tuvo acceso a datos de CONASET en los que se trabajó para estimar exploratoriamente todos los registros de accidentes de tránsito vinculados a una actividad laboral. Para aproximarse al grupo de interés, del total de registros de accidentes de tránsito, se consideraron aquellos registros en que según el tipo de servicio prestado se pudieran distinguir entre transporte privado y algún tipo de transporte laboral. Finalmente, se consideraron como siniestros en el ámbito laboral todos los servicios que consideraran transporte de pasajeros (público y privado; taxis, buses interurbanos, transporte escolar, etc.), transporte de carga, y servicios públicos (fiscales, bomberos, carabineros, salud).

Año	Siniestro laboral	Total siniestros
2015	785	79.880
2016	962	91.711
2017	976	94.879
2018	1.203	89.311
2019	803	89.983
Total	**4.729**	**445.764**

Fuente: Elaboración propia en base datos CONASET

Durante el periodo 2015-2019 se registraron en promedio 946 siniestros de tránsito en el ámbito laboral al año, la mayor cantidad de accidentes se registró en 2018 con un aumento de 23,5% respecto a 2017. Sin embargo, dicho aumento no implicó un aumento sostenido, ya que en 2019 el registro del año fue menor al promedio del periodo.

Los accidentes de tránsito en el ámbito laboral vinculados al consumo de drogas o alcohol pueden llegar a tener mayor impacto y notoriedad pública, dado que pueden involucrar a un mayor número de personas (transporte de pasajeros), mayor potencialidad de gravedad (transporte de carga), o efecto mediático (transporte escolar, carabineros, bomberos o ambulancias). Sin embargo, al observar el comportamiento del fenómeno entre los años 2015 y 2019, los accidentes en el ámbito laboral vinculados al consumo de drogas o alcohol representaron en promedio el 1,06% del total de siniestros anuales.

Este indicador puede ser interpretado como un nivel relativamente bajo, y que se ha mantenido estable durante los últimos cinco años. Sin embargo, es importante notar que los datos actuales y disponibles presentan un sub-reporte respecto a la siniestralidad en el ámbito laboral en tránsito, dado que sólo se pueden estimar aquellos accidentes de tránsito en donde es posible corroborar una actividad laboral formal. Las actividades económicas no formales, o que al momento del registro del siniestro no se puede corroborar que se ejerce una actividad laboral no forman parte de las estadísticas oficiales, donde no es posible cuantificar la magnitud del sesgo. Dado esto, el porcentaje y cantidad de accidentes de tránsito en el ámbito laboral deben ser interpretados como un piso mínimo para las estadísticas nacionales.

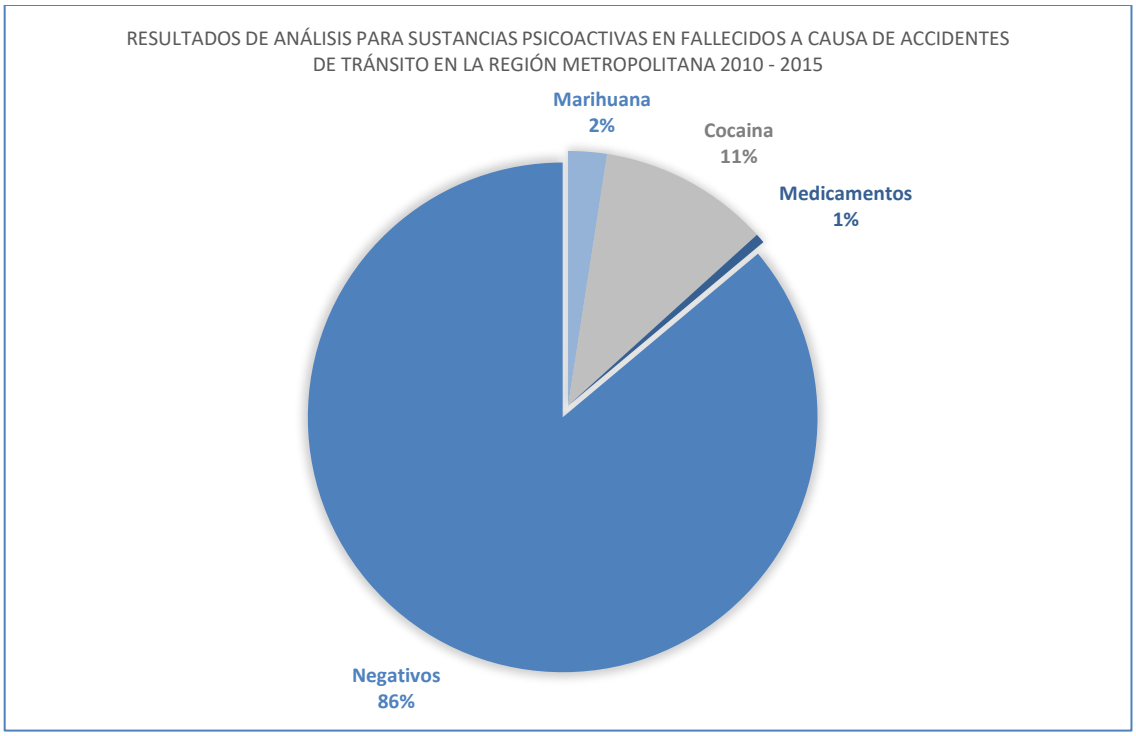
Considerando lo anterior, al profundizar el análisis y revisar las causas o tipos de servicios asociados a los accidentes de tránsito en el ámbito laboral vinculado al consumo de drogas o alcohol, se observa que la conducción en estado de ebriedad representa el principal motivo de la siniestralidad, con un 81% de los accidentes en promedio respecto al total. La segunda causa en importancia relativa corresponde a la conducción bajo la influencia del alcohol, y en tercer lugar la ebriedad del peatón como motivo de un accidente.

Los datos muestran que el consumo de drogas no constituye un factor relevante respecto a las causas de los siniestros en el ámbito laboral, y su participación relativa respecto al total de accidentes independientes de su vinculación al consumo de drogas o alcohol es incluso menor. De todas formas, existe el ya mencionado y evidente sub-reporte, por la falta de metodología de análisis en los años involucrados, por lo que concluimos que estas cifras representan una subestimación del fenómeno. Es

importante notar, que los datos presentados se basan en la información disponible y dependen de la forma de registro de Carabineros de Chile o bien de las gestiones posteriores solicitadas por fiscalía.

Para ahondar en este punto, vale la pena mostrar datos no publicados pertenecientes al Servicio Médico Legal, quienes en el marco de la implementación del Narcotest, realizaron una evaluación de consumo de drogas en muestras de sangre disponibles en personas fallecidas por accidente de tránsito desde el año 2010-2015. Se tuvo acceso a un total de 2.953 casos de la región Metropolitana, por lo que la muestra es de gran tamaño.

Los resultados fueron los siguientes:

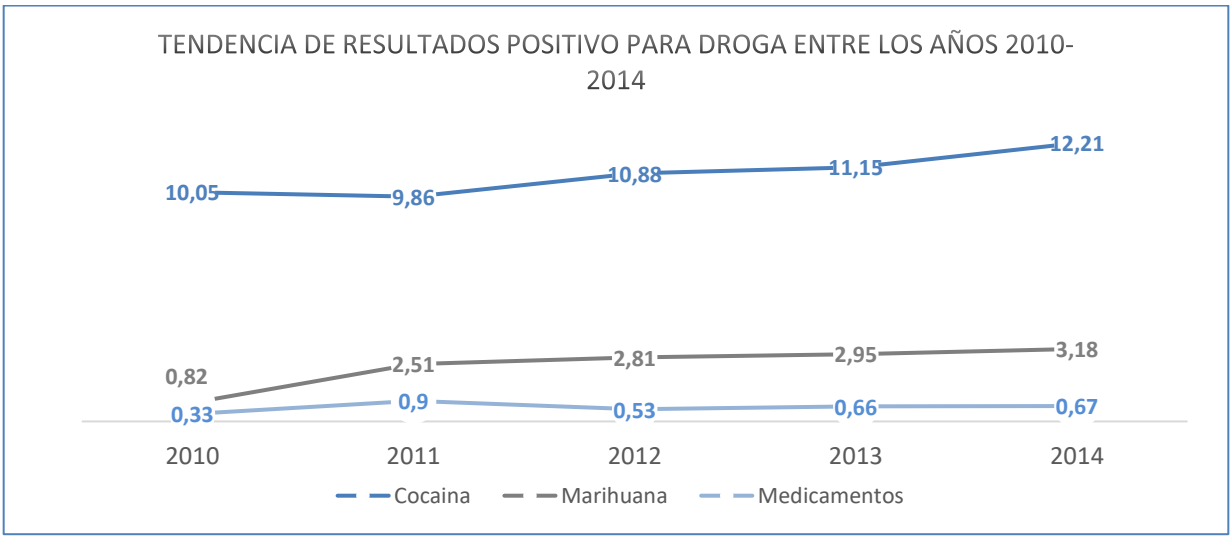


Fuente: Servicio Médico Legal, 2015

En suma, un 14% de los sujetos fallecidos en accidentes de tránsito en el periodo indicado, presentaba consumo de alguna droga, con una alta prevalencia en Cocaína.

De los casos positivos, la distribución de genero fue de 79,34% para hombres y de 20,66% para mujeres, cifra que marca una tendencia esperada en base a la información internacional.

Por otro lado, la tendencia por año demuestra un alza sostenida en los tres grupos de drogas evaluadas.



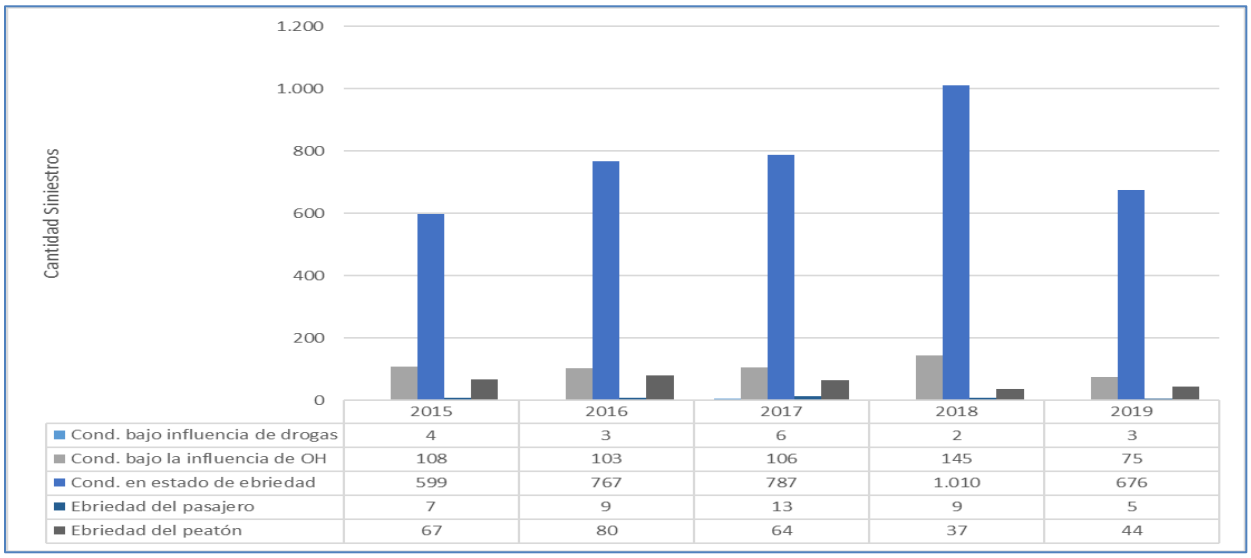
Fuente: Servicio Médico Legal, 2015

Dada la antigüedad de este dato, es de sumo interés actualizarla, ya que las prevalencias nacionales han mostrado un alza significativa en marihuana, junto con aumento de concentraciones de THC por gramo, con ello uno esperaría que los datos presentados mostraran un alza a lo menos en esta sustancia.

Retornando al análisis de la data de CONASET, respecto al total de fallecidos a causa de un accidente de tránsito en el ámbito laboral vinculado al consumo de drogas o alcohol es bajo para el periodo analizado. Entre 2015 y 2019 se registraron 30 fallecidos en esta categoría, cuyo menor registro fue en 2016 con 2 fallecidos y el máximo en 2018 con 11 fallecidos.

Ante la baja tasa de mortalidad, la desagregación de las causas pierde relevancia dado que 26 de las 30 muertes registradas en 5 años tienen como causa la conducción en estado de ebriedad.

Siniestros de tránsito según causa (2015-2019)



	2015	2016	2017	2018	2019
Cond. bajo influencia de drogas	4	3	6	2	3
Cond. bajo la influencia de OH	108	103	106	145	75
Cond. en estado de ebriedad	599	767	787	1.010	676
Ebriedad del pasajero	7	9	13	9	5
Ebriedad del peatón	67	80	64	37	44

Fuente: Elaboración propia en base datos CONASET

Otra estadística importante, se obtiene al revisar la siniestralidad según sexo. Se observa que independiente de la causa, tramo de edad o tipo de servicio de transporte, son mayoritariamente hombres los vinculados a los siniestros laborales relacionados con el consumo de alcohol o drogas.

Cantidad de personas involucradas en siniestros en el ámbito laboral según sexo (2015-2019)			
Año	Femenino	Masculino	Total
2015	84	765	849
2016	104	945	1.049
2017	114	946	1.060
2018	196	1.151	1.347
2019	83	780	863
Total	581	4.587	5.168

Fuente: Elaboración propia en base datos CONASET

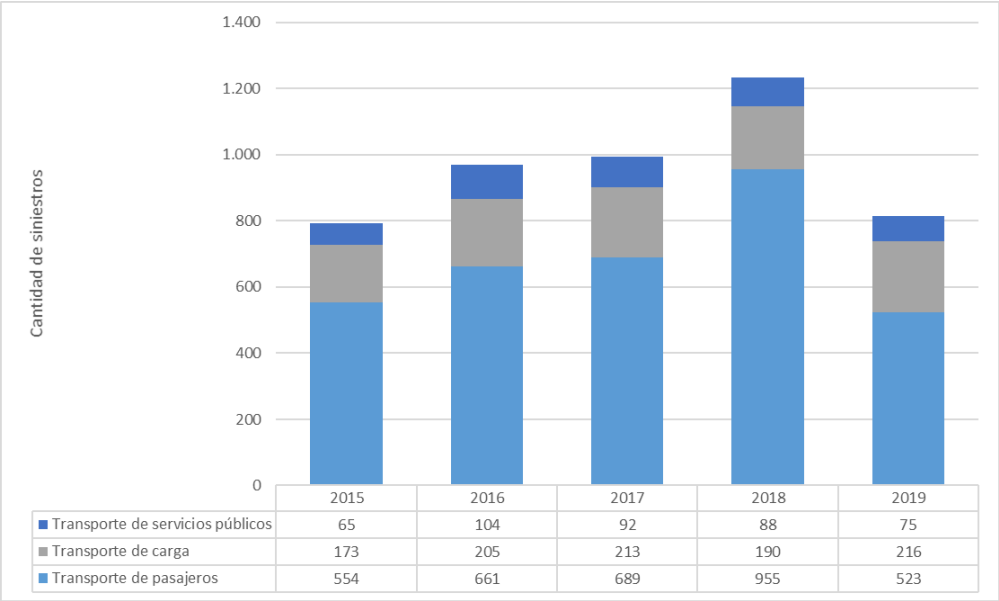
En promedio entre 2015 y 2019, se mantuvo estable la distribución por sexo de la cantidad de personas involucradas en siniestralidad laboral vinculada a alcohol o drogas, donde los hombres tuvieron una participación de 89%. Esta tasa es mayor que la tasa participación masculina en el mercado laboral, por lo que es posible afirmar que los hombres tienen una sobre-representación en la siniestralidad de este tipo. Respecto al total de fallecidos del total de 30 registrados para esta categoría, sólo 2 fueron mujeres.

Por último, es interesante aproximarse a la siniestralidad en el ámbito laboral vinculados al consumo de drogas o alcohol por rubro o sector económico, es decir, ya que a pesar de que todos los accidentes sean de tránsito no es posible asociarlos a transporte, agrícola, minero, turismo, comercio, etc. Sin embargo, la información disponible y el modo de registrar los siniestros no permite alcanzar tal nivel de detalle. En un esfuerzo por entregar información exploratoria en la temática, se construyeron 3 tipos de servicios o categorías que al menos permiten agrupar diferentes actividades económicas dentro de la categoría de transporte. Las categorías definidas son: i) Transporte de pasajeros, ii) Transporte de carga, y iii) Transporte de servicios públicos, esta última categoría considera siniestros en que se ven involucrados Carabineros, Bomberos, Vehículos fiscales y ambulancias.

Se observa que entre los años 2015 y 2019 es el transporte de pasajeros la categoría que cada año registra mayor accidentabilidad, con un promedio anual de 69,8% sobre el total de accidentes laborales vinculados al consumo de drogas o alcohol. En segundo lugar, se encuentra el transporte de carga (21,3%), y por último los accidentes vinculados a transporte de servicios públicos (8,9%).

Respecto al número de fallecidos según tipo de servicios de transporte la distribución es similar a la de accidentabilidad, donde sobre el total de 30 muertes, el transporte de pasajeros registra 20 fallecidos en los últimos 5 años, el transporte de carga 6 fallecidos, y el transporte de servicios públicos 4.

Siniestros de tránsito de vehículos de transporte según tipo de servicios (2015-2019):



	2015	2016	2017	2018	2019
Transporte de servicios públicos	65	104	92	88	75
Transporte de carga	173	205	213	190	216
Transporte de pasajeros	554	661	689	955	523

Fuente: Elaboración propia en base datos CONASET

A pesar de que tanto la cantidad total de fallecidos y siniestros, vinculados al consumo de drogas y alcohol en el ámbito laboral, es relativamente baja respecto al total de fallecidos y siniestros en el país, es importante notar que los esfuerzos en la política pública deben apuntar a llevar dichos niveles lo más cercano a cero.

CAPÍTULO III: REVISIÓN INTERNACIONAL

En el presente capítulo se revisará la información disponible para seis países seleccionados respecto a las prevalencias de consumo en el ámbito laboral, las prevalencias a nivel nacional, la accidentabilidad laboral general y la vinculada al consumo de drogas o alcohol, así como los diferentes o estudios que reporten información relevante para el entendimiento y análisis posterior de la problemática en el contexto nacional.

En primer lugar, se justificará brevemente los motivos que permitieron seleccionar los países a revisar en esta sección, para luego presentar las estadísticas por cada caso revisado. Dada la gran cantidad de información disponible, multiplicada por los seis países analizados, sumada a la heterogeneidad en la forma de presentación y registro de los datos, se hicieron esfuerzos por ordenar la información disponible recopilada en las siguientes categorías: i) Consumo en el ámbito laboral, ii) Accidentabilidad laboral por sector económico vinculado a consumo, y iii) Accidentes de tránsito vinculados a alcohol y droga.

a. Justificación selección de países para su comparación

En primer lugar, indicamos que no todos los estudios disponibles son útiles o válidos como información replicable, en cuanto se privilegió aquellos estudios que contaran con características metodológicas definidas. Con ello se privilegió encuestas nacionales, estatales o de carácter académico que fueran realizado por organismos autónomos. En aquellos casos donde las características mencionadas no se cumplían a cabalidad, se optó por integrar estudios locales de menor envergadura.

En segundo lugar, se escogió dar cuenta de datos y cifras que pudieran ser parcialmente comparables entre sí o bien con la realidad chilena.

En tercer lugar, se filtró la información escogiendo los estudios que, cumpliendo las características ya mencionadas, fueran actuales o bien que fuera el último disponible en cada país o territorio.

Aun así, y a pesar de los criterios utilizados, existe otro tipo de dificultades a considerar en el análisis de información.

Respecto a las prevalencias de consumo de alcohol y drogas, la mayor parte de los países cuentan con estadísticas en las que se reportan diferentes indicadores por cada tipo de sustancia, y desagregada por distintas variables sociodemográficas (dependiendo del país).

A modo de ejemplo, se encuentran datos de prevalencias mes, prevalencia año, prevalencia vida, percepción de riesgo de uso, frecuencia de consumo, percepción de facilidad de acceso, disponibilidad, consumo problemático, entre otros. Cada uno de los indicadores se puede desagregar por sustancia (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína u otras drogas), y por sexo, edad, nivel socio económico, sector o rubro económico, etc. La gran extensión de indicadores, desagregaciones y países dificulta la presentación sintética de la información, por lo cual se han seleccionado los indicadores más relevantes (prevalencia alcohol mes y prevalencia droga año) para los que existe información por países a modo facilitar la lectura de los datos y permitir cierto grado de comparabilidad.

Sin embargo, se debe considerar que la información no es homogénea entre los países respecto a los indicadores que se monitorean, ni tampoco lo es respecto a la periodicidad o temporalidad de su levantamiento, es decir, existe gran variabilidad entre países el último año con que se cuenta con información del fenómeno. El esfuerzo realizado en el presente informe es proporcionar el dato más actualizado por país.

Existen escasos estudios o encuestas de representatividad nacional (en todos los países analizados), que registren o levanten información respecto a accidentabilidad laboral exclusivamente vinculado al consumo de drogas o alcohol. La realidad indica que los estudios realizados en este ámbito son de carácter local a nivel territorial, o en un sector económico determinado en cierto país. Ante esto, se presentará por país la mayor cantidad de información disponible que aborde el fenómeno de alguna arista o experiencia relevante que permita extraer información para la toma de decisiones en el contexto nacional.

Es importante hacer un pequeño paréntesis para establecer un último alcance al momento del análisis del presente informe, y radica en la diferencia entre relación (correlación) y relación causal (o causalidad estadística), dado que con la información disponible en los distintos países y que se presenta en este documento sólo da indicios de la relación entre la accidentabilidad laboral y el consumo de alcohol o drogas, sin establecer causalidad.

A modo de ejemplo, y para explicar de manera simplificada esta diferencia, un estudio publicado en 1999 mostró que los niños menores de dos años que dormían con luces nocturnas tenían más probabilidades de tener miopía. Más tarde, otros investigadores demostraron que los padres miopes tenían más probabilidades de mantener sus luces encendidas por la noche. Es decir, a pesar de que existe una correlación entre del uso de luces nocturnas y la miopía en niños, dicha relación no es causal, dado que la causalidad estadística es explicada en virtud de la herencia genética, ya que la miopía se transmitió de padres a sus hijos. Esta diferencia, se aplica en el contexto de nuestro objeto de análisis, dado que la mayor parte de los estudios en la materia no utilizan metodologías experimentales o cuasi-experimentales que permitan establecer causalidad entre la accidentabilidad laboral y el uso de sustancias, sin embargo, es posible dar cuenta de cómo se mueven las principales estadísticas en la temática y sus resultados.

Los siguientes países fueron escogidos por diversas características que nos permitían o bien encontrar información de calidad, o bien porque su realidad es parcialmente comparable a la nuestra. La elección final fue: i) Estados Unidos, i) Australia, iii) Canadá, iv) España, v) Alemania, y vi) Uruguay, forman parte de la revisión internacional que se realizará en el contexto del presente estudio. La selección de los países sujetos a este análisis se basa en dos grandes criterios:

• Se ha procurado mantener coherencia de análisis en los diferentes productos entregables asociados en este producto. Los países seleccionados presentan información relevante a la hora de la comparabilidad y riqueza en sus experiencias al momento de analizar la normativa vigente. Por ello, se ha decidido utilizar una base común para el análisis de los diferentes aspecto o ámbitos de la problemática, en particular para este informe, la revisión de estadísticas de prevalencias de consumo y accidentabilidad en el ámbito laboral.
• Se ha consensuado con especialistas a cargo de la consultoría, respecto del set de países pertinentes a revisar. Basado en su juicio experto, se ha procurado que los países anteriormente

señalados presenten información relevante para la experiencia chilena, y también que el ejercicio permita ver las ventajas y desventajas que tiene nuestro país respecto a la sistematización y levantamiento de datos, comparándonos con países en diversos grados de desarrollo en la temática.

Fuente: Elaboración propia.

En particular, en el caso de Estados Unidos su legislación federal puede analizarse considerando las recomendaciones y estándares de la Organización Panamericana de la Salud, permitiendo tener un prisma o abordaje diferente de la problemática respecto a la organización unitaria de Chile.

En el caso de Australia, el análisis en base a la diversificación de su economía en muchos sectores productivos permite tener una buena perspectiva general de políticas públicas sectoriales sobre esta materia.

Canadá, por otra parte, cuenta con el Canadian Centre on Substance Use and Addiction, organismo que destaca por haber publicado uno de los estudios más actualizados (2019) sobre consumo de sustancias en espacios de trabajo.

España, por otra parte, es uno de los países de Europa con mayor prevalencia de consumo de alcohol y drogas en lugares de trabajo, de modo que su caso ha sido profusamente estudiado y puede ser observado con el prisma de las recomendaciones de la Unión Europea.

Respecto a Alemania existen pocos estudios disponibles que permitan contar con información estadística a nivel nacional del consumo de alcohol o drogas en el mercado laboral alemán, sin embargo, existen algunas experiencias

Cabe destacar que, a comienzos de los años 2000, se establecieron directrices sobre estándares voluntarios de calidad de prevención en las empresas, y los programas respectivos son proporcionados por aseguradoras de salud, como en el caso de España, provee datos de población general

Finalmente, el caso de Uruguay puede servir como un buen ejemplo de referencia para Chile, pues integran el mismo espacio regional, poseen sistema políticos similares y ambos países están orientados por los mismos organismos internacionales, la Organización de Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud; Uruguay, sin embargo, ha avanzado en regular por vía administrativa los mecanismos de prevención y control de drogas en lugares de trabajo, lo que podría servir de modelo para futuras regulaciones para Chile, y en lo que concierne a información estadística sólo dispone de ella respecto a su población general.

c. Prevalencias de consumo en el ámbito laboral

Tal como se ha mencionado con anterioridad, la información disponible en los diferentes países no es de carácter homogénea. Existen diferencias importantes en los indicadores o métricas que se reportan, en su periodicidad, en las poblaciones sujetas de estudio, y no en todos se realizan estudios o levantamientos de información exclusivos al ámbito laboral.

Considerando esta dificultad, se ha decidido presentar la información disponible por países, en los cuales se destacarán las principales estadísticas nacionales o resultados relevantes de estudios que permitan medir y/o cuantificar el fenómeno.

1. Estados Unidos.

El Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), es la agencia del Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Estados Unidos encargada de los esfuerzos en salud pública para avanzar en la salud del comportamiento de esa nación, publicó en 2015 el reporte Substance Use and Substance Use Disorder by Industry (D.M Bush, 2015), donde presenta datos obtenidos de la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), sobre el uso, dependencia y abuso de sustancias y los analiza respecto a los trabajadores de distintas industrias, en el período 2008-2012.

La National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), encuesta en que se basa este estudio, mide los siguientes ámbitos:

i. Uso de drogas ilegales, medicamentos recetados, alcohol y tabaco y uso indebido de medicamentos recetados.
ii. Trastorno por uso de sustancias y tratamiento por abuso de sustancias., episodios depresivos mayores y atención de la depresión.
iii. Angustia psicológica grave, enfermedad mental y atención de salud mental.

Los datos proporcionan estimaciones del uso de sustancias y de enfermedades mentales a nivel nacional, estatal y sub-estatal. Los datos de NSDUH, también, ayudan a identificar el alcance del uso de sustancias y las enfermedades mentales entre los diferentes subgrupos, estimar las tendencias a lo largo del tiempo y determinar la necesidad de servicios de tratamiento.

Algunos de los hallazgos son:

• Un promedio anual de 8,7% de los trabajadores de jornada completa, entre 18-64 años, usaron alcohol en forma intensiva en el último mes; 8,6% usaron drogas ilícitas en el último mes; y 9,5% fueron dependientes o abusaron del alcohol o drogas ilícitas en el año anterior.
• Las mayores proporciones de trabajadores de jornada completa, entre 18-64 años, que usaron alcohol en forma intensiva en el último mes se encuentran en la minería (17,5%) y en la construcción (16,5%)
• Por su parte, la mayor proporción de trabajadores usando drogas ilícitas en el último mes, se encuentran en el sector económico de servicios (en particular los servicios de alojamiento y alimentación - 19,1%).
• Precisamente, es en los servicios de alojamiento y alimentación donde los trabajadores tienen la mayor proporción de desórdenes de uso de sustancias en el año anterior (16,9%).

Fuente: SAMHSA. Substance Use and Substance Use Disorder by Industry, 2015.

Esta encuesta ha permitido conducir otro tipo de estudios y análisis en torno al consumo en los lugares de trabajo, como aquéllos realizados por la organización Working Partners for an Alcohol- and Drug-Free Workplace quienes publican los siguientes hallazgos basados en la NSDUH de 2007[17]:

Afirman que la mayoría de los consumidores de drogas, los bebedores compulsivos y las personas con trastornos por uso de sustancias están empleados, sin embargo, los desempleados en edad de trabajar consumen mayor cantidad de alcohol y drogas.

• En 2007, de los 17,4 millones de consumidores de drogas ilícitas de 18 años o más, 13,1 millones (75,3%) estaban empleados.
• De manera similar, entre los 55,3 millones de bebedores compulsivos adultos, 44 millones (79,4%) estaban empleados, y entre 16,4 millones de personas que informaron un consumo excesivo de alcohol, 13,1 millones (79,6%) estaban empleados.
• De los 20,4 millones de adultos clasificados con dependencia o abuso de sustancias, 12,3 millones (60,4%) estaban empleados a tiempo completo.
• El 8,4% de los empleados a tiempo completo eran consumidores de drogas ilícitas y el 8,8% informó que consumía mucho alcohol.

Fuente: Working Partners for an Alcohol- and Drug-Free Workplace.

Una encuesta de adultos empleados en Estados Unidos reveló que, durante los 12 meses anteriores a la encuesta, el 1,8% de los encuestados auto reportaron que consumieron alcohol al menos una vez antes del trabajo, el 7,1% consumió alcohol durante la jornada laboral, el 8,1% consumió alcohol antes o durante la jornada laboral y el 10,2% informó que había tenido problemas de trabajo o con resaca en el trabajo al menos una vez (Frone, 2006).

2. Australia

El Australian Institute of Health and Welfare, levanta la National Drug Strategy Household Survey (NDSHS), encuesta que tiene por objetivo examinar las actitudes y comportamientos hacia las drogas y los problemas relacionados con las drogas dentro de la comunidad australiana, centrándose en las actitudes personales de los encuestados hacia las drogas, su conocimiento de las drogas y su historial de drogas. La encuesta, en su formato actual, se levanta desde 2001, cada 3 años.

La NDSHS no levanta información directa respecto a la prevalencia de consumo en el ámbito laboral, sin embargo, se han hecho estudios en torno a la encuesta para revisar distintos tópicos, entre ellos, el laboral.

Por ejemplo, en 2008, utilizando datos de la NDSHS del 2004, se publicó el documento Drug use in the Australian workforce: Prevalence, patterns, and implications. Findings from a secondary analysis of 2004 NDSHS data (Pidd, K. et al, 2008), analizando la muestra de la encuesta de 29.445 casos. De estos, un 51%

[17] https://www.sapaa.com/mpage/wp_stats_workplace

eran empleados remunerados (14.851). Los hallazgos de este estudio indican que la prevalencia de consumo de drogas durante la vida de este grupo de empleados alcanza un 46,8%; por su parte, el consumo de drogas durante los últimos 12 meses es de 17,5%; mientras que en el último mes la prevalencia de consumo de drogas en este grupo es de 10,4%.

Cuando se analizan los datos por sexo y edad, se observa que los trabajadores hombres, en general, fueron significativamente más propensos que las trabajadoras a haber consumido drogas en su vida, durante los últimos 12 meses o en el último mes. No obstante, para algunas industrias (por ejemplo, la industria hotelera) y ocupaciones (por ejemplo, profesionales), hombres y mujeres tenían la misma probabilidad de consumir drogas.

En cuanto a la edad, los trabajadores más jóvenes tenían significativamente más probabilidades que los trabajadores mayores de consumir drogas. Siendo el consumo más frecuente en trabajadores hombres entre 20-29 años y trabajadoras entre 14-19 años. Los trabajadores entre 14-19[18] años tenían 13 veces más probabilidades de reportar el uso de drogas en los últimos 12 meses que los trabajadores mayores de 60 años.

Las drogas más consumidas por los trabajadores, en orden de importancia, fueron: cannabis; éxtasis; metanfetamina / anfetamina; analgésicos. Adicionalmente, los patrones de consumo encontrados muestran que la mayoría de los trabajadores usaban solo un tipo de droga y, aproximadamente, un tercio de la fuerza laboral participa en el policonsumo de drogas (es decir, el uso de más de una droga ya sea, al mismo tiempo o en ocasiones separadas).

La droga más comúnmente utilizada a diario o semanalmente fue el cannabis; mientras que las drogas con mayor probabilidad de ser consumidas semanalmente fueron cannabis y analgésicos. El consumo de éxtasis o metanfetamina / anfetamina fue menos frecuente, la mayoría de los trabajadores que consumían estos medicamentos psicotrópicos lo hacían mensualmente o con menos frecuencia. Un poco más del 2% de la fuerza laboral se había inyectado drogas (además de los medicamentos recetados), siendo la droga que se inyecta con más frecuencia la metanfetamina / anfetamina.

Al analizar el fenómeno por industria, se encuentra que la industria hotelera tenía la mayor proporción de trabajadores que consumían drogas (31,8%), y que usaban tres de las cuatro drogas más comúnmente usadas por trabajadores (es decir, cannabis, éxtasis y metanfetamina / anfetamina). Los trabajadores de esta industria, también, eran más propensos a consumir múltiples drogas en comparación con otras industrias.

Por su parte, los trabajadores agrícolas tenían más probabilidades que los trabajadores de otras industrias de consumir cannabis diaria o semanalmente. Los trabajadores del comercio tenían más probabilidades que los trabajadores de otras ocupaciones de haber consumido drogas y más probabilidades de haber usado cuatro de las drogas más comúnmente utilizadas por la fuerza laboral (es decir, cannabis, éxtasis,

[18] La fuerza laboral en Australia es contabilizada como aquellas personas en edad de trabajar de 15 años o más, y en particular, el estudio comentado clasifica a los trabajadores desde los 14 años en adelante.

metanfetamina / anfetamina y analgésicos); también, tenían más probabilidades de participar en el policonsumo de drogas.

En lo que refiere al ausentismo laboral, aproximadamente, el 1% de la fuerza laboral informó ausentismo relacionado con las drogas, concentrándose en mayor medida en trabajadores entre 14-19 años. Los trabajadores empleados en el comercio minorista e industria hotelera y los trabajadores no calificados tenían los niveles más altos de ausentismo relacionado con las drogas.

Los trabajadores hombres eran, en general, más propensos a informar sobre ausentismo relacionado con las drogas que las mujeres trabajadoras, sin embargo, para los trabajadores de 14-19 años ocurrió lo contrario.

Los usuarios con policonsumo tenían más probabilidades de reportar ausentismo relacionado con las drogas en comparación con los trabajadores que usaban sólo un tipo de droga.

Por último, en relación con la seguridad y productividad en el trabajo, una pequeña minoría de trabajadores informó conducir un vehículo de motor bajo la influencia de drogas (4,4%); asistir al trabajo bajo los efectos de las drogas (2,5%); o que suele consumir drogas en el trabajo (1,2%).

Los autores de este estudio advierten que, por la naturaleza de la encuesta, los datos pueden estar subestimando la problemática, pero que se trata del análisis con mayor alcance, dado que otras investigaciones sólo tienen alcance local o para una sola industria.

En relación a accidentabilidad laboral, no existen muchos estudios en general, sin embargo, un modelo de acercamiento se realizó a través de la vigilancia en salas de emergencia. Estos estudios concluyen que la **tasa de los accidentes laborales está vinculados al consumo de drogas es de 3%-5%.** Un estudio más reciente, que no es un estudio de casos controlados, también concluyó pocas lesiones laborales estaban relacionadas con el alcohol. Trent (1991) utilizó la vigilancia nacional de lesiones para examinar aproximadamente 24,000 lesiones en el lugar de trabajo que se presentaron en 63 salas de emergencia del hospital y concluyó que el **5% de las lesiones relacionadas con el alcohol ocurrieron en trabajo**.

El hallazgo de que pocas lesiones en el lugar de trabajo están asociadas con el alcohol se confirmó en un estudio australiano reciente (Watt et al, 2004) que utilizó un caso-control basado en un diseño para cuantificar la relación entre el consumo agudo de alcohol y el riesgo de lesiones.

Si bien, no son concluyentes, un examen del conjunto de datos indicó quede la población total de la muestra (n = 1048) sólo 101 participantes resultaron heridos en horario laboral. De estos participantes, solo 40 (3.8% de la muestra total) informaron consumir alcohol en las 24 horas anteriores a la lesión, y solo seis (0,5% de la muestra total) informaron consumir alcohol en las seis horas previas a la lesión. Sin embargo, concluye que las lesiones en el lugar de trabajo pueden sub representados en estos estudios debido al diseño del estudio (generalmente realizados los fines de semana)

Finalmente, y a pesar de la antigüedad del estudio, en Australia se realizó un análisis de los documentos hospitalarios de aquellas muertes ocurridas en el lugar de trabajo ocurridas en entre 1989 y 1992 (Driscoll et al, 2001; Driscoll 2003), identificaron que durante este período de 4 años un total de 2.413 trabajadores

resultaron heridos de muerte. De éstos, 1.787 (74%) resultaron heridos mientras trabajaban y 626 (26%) resultaron lesionados por accidentes de trayecto

La información sobre los niveles de alcoholemia estaba disponible para 1.252 (70%) de las 1.787 muertes laborales. De estos, 126 (10,1%) tenían un nivel BAC (concentración de alcohol en sangre) distinto de cero y 74 (5,9%) tenían un nivel BAC de 0,05 g / 100ml o más.

Según la información de los archivos coronarios, los niveles elevados de BAC han contribuido a al menos 64 muertes laborales (3,6% de todas las muertes laborales y 4,4% de muertes laborales donde los niveles de BAC estaban disponibles). Como los niveles de BAC no estaban disponibles para aproximadamente el 30% de las muertes laborales, se concluyó que el alcohol contribuyó a entre el 4% y el 5% de todas las muertes laborales (Driscoll, 2003).

3. Canadá

Según el artículo A Review of Workplace Substance Use Policies in Canada: Strengths, Gaps and Key Considerations (Meister S.R, 2018), pocos estudios han examinado las tasas de prevalencia del consumo de sustancias en el lugar de trabajo y los existentes se centran en el consumo de alcohol. Considerando esta limitación en la información, esta investigación muestra datos de otros estudios como los que siguen.

Los estudios revisados en esta publicación, también, han examinado el impacto potencial del uso de sustancias en el desempeño autoreportado de los empleados. Una encuesta canadiense de 2015 encontró que el 1,0% de los que indicaron que trabajaban empleados o autoempleados informaron que el uso de drogas ha producido un efecto nocivo en su trabajo, estudios u oportunidades de empleo dentro de los últimos 12 meses (Health Canada, 2015).

Esta investigación, además, señala que las tasas de prevalencia de consumo de sustancias pueden verse influidas por características ocupacionales como estrés, cultura social o facilidad de acceso a sustancias. Por ejemplo, la investigación realizada por Frone (2006), y por Hoffmann, Larison y Brittingham (1996), encontraron que los predictores del consumo de alcohol en el lugar de trabajo y la discapacidad se asociaron con determinadas ocupaciones y tipos de trabajo por turnos. Específicamente, individuos en administración, artes, entretenimiento, deportes, medios de comunicación, servicio de comidas, construcción y mantenimiento, y ventas, así como las personas que trabajan en turnos irregulares o flexibles, fueron propensos a consumir alcohol antes o durante el trabajo, o a estar en mal estado en el trabajo por el alcohol (Frone, 2006).

De manera similar, otros estudios que han examinado las tasas de prevalencia entre adultos empleados también han encontrado tasas más altas de uso por parte de los empleados en ciertas industrias, como el uso intensivo de alcohol en la minería, la industria de la construcción, la de alojamiento y alimentación, así como el uso de drogas ilícitas en la industria de alojamiento y alimentación, la de la construcción, y la industria de las artes, el entretenimiento y el deporte (Bush y Lipari, 2013).

Por último, este reporte indica que la principal preocupación del uso de sustancias en el contexto del lugar de trabajo es la salud y la seguridad de los empleados afectados, sus compañeros de trabajo y el

público, y el medio ambiente. También, afirma que, a pesar de lo limitado de los estudios y la heterogeneidad de los diseños que utilizan, la evidencia muestra una asociación entre el uso de sustancias en empleados y el aumento de lesiones y accidentes en el lugar de trabajo[19].

4. España

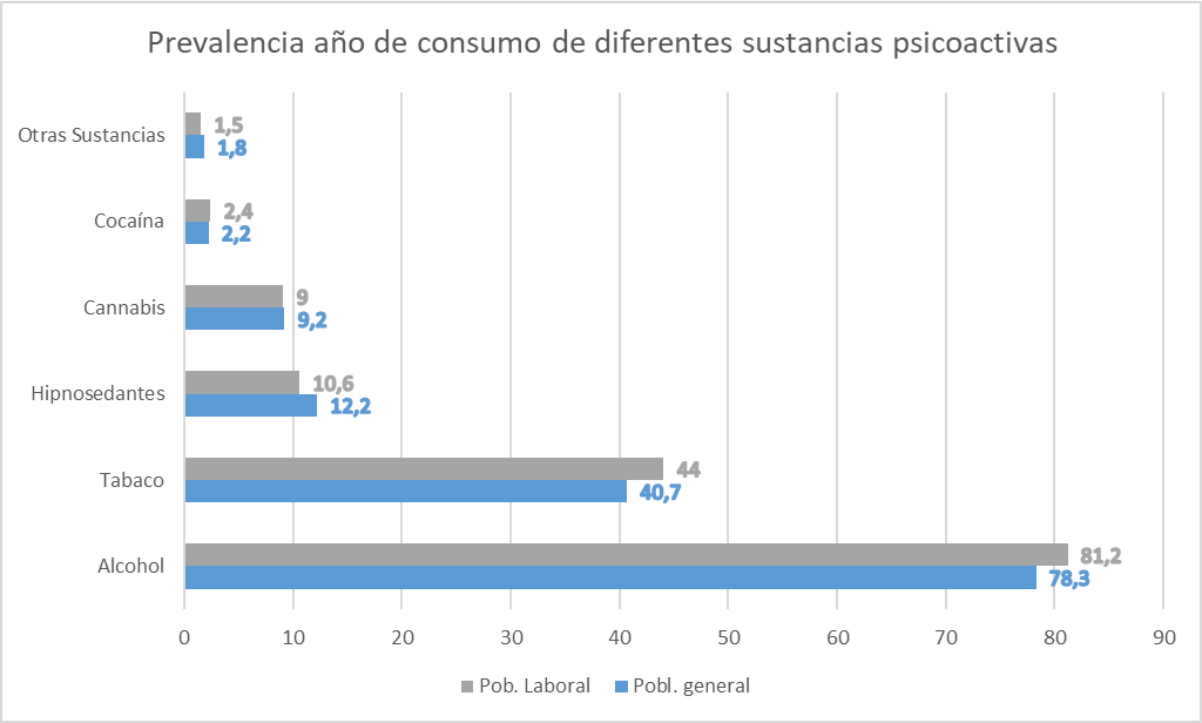
En España se realiza cada 7 años, desde 2007, La Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, aplicada en población laboral residente en España de 16 a 64 años. Se lleva a cabo en coordinación con la "Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de Drogodependencias en el Ámbito Laboral", como parte integrada de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

A pesar de que la ultima versión fue realizada el año 2017, referiremos los resultados publicados en 2014, ya que están expresados de manera comparable con otros estudios, adicionalmente no presentan variaciones considerables en el periodo.

De los principales resultados se pueden destacar tanto en la población general como en la población laboral, las drogas más consumidas son las legales; en primer lugar, el alcohol, seguido del tabaco, y la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo es el cannabis, seguido de la cocaína.

Ambas poblaciones comparten además algunas características. El consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, excepto los medicamentos que son consumidos por una mayor proporción de mujeres. Los jóvenes hacen más consumos intensivos de alcohol y consumen cannabis en mayor proporción que el resto de la población.

[19] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343542/



Fuente: Encuesta 2013-2014 Sobre Consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.

En 2013, el 11% de la población laboral española consume bebidas alcohólicas a diario en los últimos 30 días (escala AUDIT, cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol).

El tabaco es, tras el alcohol, la droga legal con mayor proporción de consumidores entre la población laboral. En 2013, se registró un 34% de fumadores diarios, también presentó una tendencia ascendente en el consumo de medicamentos, con y sin receta médica, del 7% en 2013.

La marihuana es la droga ilegal más extendida entre la población laboral. Así, en 2013, el 7% lo consumió en el último mes y el 2% realizó un consumo de riesgo (Escala CAST, Escala de estimación de consumo problemático de cannabis).

La segunda droga ilegal más consumida tras el cannabis, y a cierta distancia de éste, es la cocaína. El 2% de la población laboral la ha consumido en los últimos 12 meses. La prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, de otras drogas como anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o inhalables volátiles se sitúa por debajo del 1%.

Algunos sectores de actividad económica concentran los mayores porcentajes de consumo de sustancias psicoactivas. Entre los trabajadores de la construcción se encuentra la mayor proporción de consumidores de alcohol (diario y de riesgo), de tabaco (fumadores diarios y fumadores pasivos) y de cannabis, siendo también elevado el porcentaje de consumidores de cocaína.

El sector de la agricultura/pesca/ganadería/extracción, registra consumos superiores a la media y se encuentra entre los tres sectores con mayor proporción de consumidores de alcohol (diario y de riesgo) y de tabaco (diario y fumadores pasivos). También destaca el sector de la hostelería, que se sitúa entre los cuatro sectores de actividad con mayor proporción de consumidores en todas las drogas analizadas y por encima de la media de la población laboral. El consumo de medicamentos psicotrópicos se concentra en los trabajadores de actividades domésticas/ servicios personales y de la administración pública/educación/sanidad/servicios sociales. Por último, aquellos que desempeñan su trabajo en actividades artísticas, recreativas y deportivas registran consumos de cocaína y cannabis muy por encima de la media.

De igual manera, se observan diferencias en el porcentaje de consumidores en función de la categoría ocupacional. Los trabajadores manuales, especialmente los cualificados, ocupan el primer lugar para el consumo de alcohol (diario y de riesgo), tabaco (diario y fumadores pasivos), cannabis y cocaína. Los directivos y profesionales registran valores inferiores a la media para el consumo de todas las drogas analizadas. El consumo de medicamentos, que muestra un patrón de distribución diferente, se concentra en el personal administrativo y entre aquellos que trabajan en servicios de restauración, personales, protección y vendedores.

Con relación a la visibilidad del problema del consumo de drogas en el ámbito laboral, una de cada cinco personas dice que conoce a algún compañero de trabajo que consume en exceso alcohol u otras drogas, cifra levemente inferior a la obtenida en 2007. En 2013, la mayor parte (91%) de la población laboral refiere no haber recibido, en los últimos 12 meses, información facilitada por la empresa sobre los riesgos o la prevención del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. En 2007, este porcentaje era algo inferior, aunque se situaba también en valores elevados (85%).

5. Alemania

En Alemania los datos estadísticos que muestren el desarrollo del uso de alcohol y drogas, no esta focalizado en el ámbito laboral. El debate público sobre el uso y abuso de alcohol o drogas por parte de los empleados alemanes ha perdido fuerza e interés en las últimas décadas, lo que se evidencia en la disminución de publicaciones al respecto.

En comparación con finales de la década de 1990 y principios de la de 2000, el número de estudios de investigación académica sobre el abuso de alcohol/drogas en el lugar de trabajo disminuyó sustancialmente, mientras que ha aumentado la literatura sobre la prevención del abuso de drogas. También cabe señalar que la investigación académica no se centra solo en la adicción al alcohol y las drogas, sino que también aborda nuevas adicciones como la adicción al trabajo, la adicción a Internet o la adicción a las drogas médicas en el lugar de trabajo.

A comienzos de los años 2000, se establecieron directrices sobre estándares voluntarios de calidad de prevención en las empresas, y los programas respectivos son proporcionados por aseguradoras de salud. Sin embargo, el auge de este fenómeno no se tradujo en un levantamiento sistemático de información sobre la temática.

Aparte del sector del transporte, el consumo de alcohol/drogas en el trabajo no está prohibido por ley, pero debe ser regulado por las propias empresas y por convenios laborales. Un reglamento de las

asociaciones de aseguradoras de empleadores estipula que los médicos de la empresa deben realizar pruebas periódicas en el caso de los empleados involucrados en tareas de conducción, dirección y vigilancia. El marco legal será abordado en el informe precedente.

En el país existen pocos estudios con información estadística a nivel nacional del consumo de alcohol o drogas en el mercado laboral alemán, sin embargo, existen algunas experiencias de proyectos de investigación cualitativa, como el realizado en la Universidad de Hannover, donde los resultados del proyecto revelaron que las mujeres profesionales y gerentes altamente calificadas corren el riesgo de abusar del alcohol como compensación por el estrés relacionado con el trabajo[20].

Otra investigación data de 2009, donde se abordó el uso y abuso de medicamentos en el ámbito laboral. Este estudio llevado a cabo por la aseguradora de salud DAK, que publicó los primeros resultados de su encuesta (DAK Gesundheitsreport, 2009). Los hallazgos indicaron una baja prevalencia de abuso de drogas médicas (2%), pero también mostraron que el 29% trabajadores con altos niveles de estrés, aprobaron el uso de drogas médicas con fines estimulantes.

En población en edad productiva la investigación denominada DAS – Drug affinity among young, proporciona datos sobre el uso de sustancias lícitas e ilícitas entre adolescentes y jóvenes de 12 a 25 años. Los estudios de 2015 encontraron que la marihuana seguía siendo la droga ilícita más común en Alemania entre adultos y adolescentes. En general, el consumo de drogas ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres y sigue siendo mayor entre los adultos jóvenes, en particular los de 18 a 25 años.

6. Uruguay

Este país ha experimentado cambios importantes durante la última década en lo que respecta a la legislación sobre drogas, particularmente respecto a la Marihuana estableciendo un marco regulatorio que descriminaliza su consumo, que lo hace objeto de particular atención en el contexto latinoamericano. Debido a las consecuencias de la medida las autoridades han direccionado esfuerzos por entregar lineamientos de acuerdo a los entregados por organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para el abordaje preventivo de drogas en los espacios laborales; estas se centran principalmente en incentivar las iniciativas desde las asociaciones gremiales, a través de guías metodologías y procedimientos susceptibles de realizar en estos espacios, y recientemente respecto medidas de control que pueden ser realizadas teniendo presentes acuerdos bipartitos (empleador – sindicatos/gremios)[21].

Los datos más recientes del Instituto de Estadísticas de Uruguay señalan que para septiembre de 2020, la población económicamente activa representa el 60,8% de la población en edad de trabajar, lo que significa

[20] https://www.researchgate.net/publication/235384757_Alcohol_use_disorder-related_sick_leave_and_mortality_a_cohort_study

[21] https://www.impo.com.uy/bases/decretos/128-2016

aproximadamente un millón setecientas cincuenta y ocho mil personas[22]. Contemplando esto, se observa en base a la VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general de 2019[23], la prevalencia mes de consumo alcohol es de un 59,4%; coincidiendo los tramos de edades de población económicamente activa entre los 19 a 45 años con aquellos con mayores consumos. También, el 26,1% de los consumidores declara patrón abusivo (intoxicación) respecto a la prevalencia mes. Siendo mayor en hombres con un 67,1%, respecto de mujeres que llega al 52,1%. Coincidiendo en términos generales .

Sobre marihuana, El 30,2 % de las personas entre 15 y 65 años declara haber consumido alguna vez en su vida, en tanto un 14,6% declara que consumió la sustancia en los últimos 12 meses y un 8,9% en los últimos 30 días. El consumo actual (últimos 12 meses) de cannabis continúa siendo el más extendido en la población luego del consumo de alcohol y tabaco.

La discriminación del consumo en los últimos 30 días muestra cifras más elevadas entre los de 19 y 25 años seguido por el grupo que incluye la población comprendida entre los 26 y 35.

En cuanto a Cocaína El 7,8% de las personas entre 15 y 65 años (estimado en 139.000 personas) ha consumido cocaína alguna vez en su vida (esto incluye experimentales y ex consumidores). El consumo en los últimos 12 meses alcanza al 2% de la población, en tanto un 0,6% declara haber consumido la sustancia en los últimos 30 días.

d. Estadísticas de accidentabilidad laboral (por países y sectores)

i. Definición de métricas y cuantificación

En la revisión de las estadísticas nacionales de los países seleccionados, la primera observación es que la medición de este fenómeno es distinta en cada lugar. Por un lado, la accidentabilidad laboral se contabiliza con distintos criterios, dependiendo del uso que se les da a estos datos. Por ejemplo, si el país utiliza una visión de salud pública, entonces se contabilizan las lesiones y las enfermedades laborales conjuntamente; mientras un país utiliza una perspectiva enfocada a productividad, se contabilizan las lesiones que significan pérdida de días laborales por licencia médica. Por otro lado, es común ver que se clasifican según la naturaleza de la lesión, el mecanismo por el que ocurrió, así como el lugar del cuerpo donde se produjo el problema. Por otra parte, la información está disponible para distintos años o períodos de tiempo, según el país, por lo que se presenta la información más actualizada posible.

Por último, es importante mencionar que **no existen (en los países revisados) ni en Chile, estadísticas o registros de la cantidad de accidentes laborales que son causados o vinculados al consumo directo de drogas o alcohol**. Las principales dificultades para contabilizar dichas estadísticas a nivel nacional, y con

[22]https://www.ine.gub.uy/documents/10181/30865/Bolet%C3%ADn+Técnico+Actividad%2C+Empleo+y+Desempleo+Setiembre+2020.pdf/0b22ca11-e6c0-4a9e-90d7-489ef520cdc5

[23] https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACIoN_GENERAL_2019.pdf

desagregación por sector económico, radica en la complejidad al momento de establecer la causalidad del accidente, así como también la dificultad para implementar test oportunos en cada incidente registrado.

Por los motivos descritos precedentemente, y con el solo objetivo de identificar un orden de magnitud del fenómeno en los diferentes países seleccionados dentro de la revisión, se ha estimado la cantidad de accidentes laborales vinculados al consumo de drogas o alcohol, considerando los datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que indica que dicha proporción es aproximada al 20-25% del total de accidentes laborales.

En el siguiente cuadro, se presenta de forma resumida la estimación de a proporción de accidentes del trabajo en cada país que fueron asociados al consumo de drogas y alcohol.

Cantidad estimada de accidentes laborales vinculados a drogas o alcohol, por sector económico y país

	Australia	Canadá	Estados Unidos	España	Uruguay
Industria *	2014–15	2018	2018	2019	2019
Agricultura, Ganadería y Pesca	853	1.114	13.600	8.158	1.165
Construcción	3.144	6.988	49.775	16.795	1.028
Industrias Manufactureras	3.431	8.978	107.575	26.324	1.688
Transporte y almacenaje	2.205	4.336	55.350	10.336	751

(*) No se encontraron datos de similares características para Alemania
(*) Se descartan del cuadro aquellas industrias que no existían en todos los países presentados, o cuya desagregación de actividad económica no coincidía con la desagregación utilizada en el resto de los países.

Los datos presentados en el cuadro anterior deben ser analizados cuidadosamente e interpretados con cautela, ya que las restricciones metodológicas y de disponibilidad de información no permiten emitir juicios respecto al comportamiento de las industrias de cada país. Sin embargo, resulta interesante observar que, independiente de los números absolutos de accidentes por país (que deben ser analizados respecto al tamaño de la fuerza laboral en cada territorio), la distribución y proporción de la accidentabilidad al interior de las industrias es similar en todos los países, donde los sectores manufactureros y de construcción concentran la mayor cantidad de accidentes respecto al total general.

La revisión detallada por países, tanto las principales consideraciones que poseen estos para registrar sus estadísticas (definición del registro/fenómeno; fuente de la información y fecha de último dato disponible) de accidentabilidad; como los datos desagregados por actividad económica se presentan en el Anexo 1.

ii. Estudios, estadísticas e indicadores que relacionan la accidentabilidad laboral y consumo de alcohol y drogas

En general, los estudios que relacionan el consumo de sustancias con los entornos laborales se realizan a nivel gubernamental (nacional o local) para diseñar políticas públicas, ya sean de seguridad laboral, o para enfrentar nuevas regulaciones, como la legalización de ciertas drogas como la marihuana.

Otro enfoque es el de asociaciones de trabajadores que buscan que sus empleadores tomen medidas preventivas al interior de las empresas. Otro grupo de interés son las aseguradoras u otros organismos encargados de pagar compensaciones por accidentes laborales.

Si bien, en la mayoría de los casos, los estudios tienen un alcance limitado (territorial, por industria u otro), hay conclusiones que son más generalizables. A continuación, se presentan estudios destacados en la materia.

Una publicación del think tank RAND Corporation, publicado también por la OIT, titulada The Effects of Substance Use on Workplace Injuries (Ramchand, R. 2009), revisa la literatura que ha examinado el impacto del uso de sustancias sobre las lesiones ocupacionales en Estados Unidos.

Las principales conclusiones de este trabajo recopilatorio son las siguientes:

• Las lesiones ocupacionales causan morbilidad y mortalidad significativas en los Estados Unidos, por lo que deben realizarse esfuerzos para minimizar la carga de estas lesiones en la salud pública.
• La investigación en torno al impacto del consumo de sustancias en estas lesiones ha avanzado y aunque ha enfrentado muchas limitaciones.
• Si bien los incidentes atribuidos al uso de sustancias con consecuencias graves son muy publicitados, la investigación actual confirma que la proporción de lesiones laborales atribuidas al consumo agudo de sustancias son relativamente pequeñas.
• Es posible que la causalidad sea distinta y que trabajadores que se involucran en el uso nocivo de sustancias son más propensos a correr más riesgos en el trabajo. Lo que no significa que la relación entre el uso de sustancias y las lesiones ocupacionales sean espurias, pero las políticas y estrategias de intervención deberían abordar las características y rasgos subyacentes de las personas con este perfil de riesgo.
• Aunque la investigación que ha examinado el efecto del uso de sustancias en las lesiones en el lugar de trabajo se sugiere realizar más estudios.

Fuente: Rand Corporation. The Effects of Substance Use on Workplace Injuries, 2009.

Desde otra perspectiva de análisis, en Canadá, un paper publicado en el Canadian Journal of Public Health (Sorge, J. 2020), estima los costos económicos de la pérdida de productividad atribuible al uso de sustancias, para establecer estrategias destinadas a reducir los daños relacionados con el uso de éstas.

Los resultados y conclusiones de este estudio son los siguientes:

• En 2014, el costo total de la pérdida de productividad debido al uso de sustancias fue de $15,7 mil millones, aproximadamente $440 por canadiense. Un aumento del 8% desde 2007. (C$1 = USD$0,76)
• Las sustancias responsables de los mayores costos económicos fueron el alcohol (38% de los costos per cápita), el tabaco (37%), opioides (12%), otros depresores del sistema nervioso central (SNC) (4%), otros estimulantes del SNC (3%), cannabis (2%), cocaína (2%) y finalmente otras sustancias psicoactivas (2%).
• Se concluye que, en 2014, el alcohol y el tabaco representaron tres cuartas partes de los costos de pérdida de productividad relacionados con el uso de sustancias en Canadá, seguidos por los opioides.
• Estos costos proporcionan una base de referencia valiosa que se puede utilizar para evaluar el impacto de la futura política, práctica y otras intervenciones sobre el uso de sustancias, especialmente importantes dada la crisis de opioides de Canadá y la reciente legalización del cannabis.

Fuente: Sorge, J.T., Young, M., Maloney-Hall, B. et al, 2020.

Estos costos proporcionan una base de referencia valiosa que se puede utilizar para evaluar el impacto de la futura política, práctica y otras intervenciones sobre el uso de sustancias, especialmente importantes dada la crisis de opioides de Canadá y la reciente legalización del cannabis.

En Australia, por su parte, se publicó el artículo Impact of substance use on the Australian workforce (Gates, P. et al, 2013), en el Journal of Addiction & Prevention. Este trabajo pretende determinar la prevalencia del consumo de sustancias y problemas relacionados en el lugar de trabajo en Australia. Para esto se utilizan dos olas de datos de una gran encuesta representativa a nivel nacional que incluye análisis comparativos descriptivos y ponderados. Las mediciones incluyeron el uso de sustancias en el lugar de trabajo, el trabajo bajo la influencia de una sustancia en el último año, el ausentismo relacionado con sustancias en los últimos 90 días y el abuso en el lugar de trabajo el año anterior. Los principales resultados y conclusiones de este estudio son los siguientes:

• A pesar de los aumentos generales en el uso de sustancias a nivel de la población, los problemas en el lugar de trabajo relacionados con el uso de sustancias se mantuvieron estables o se redujeron entre 2007 y 2010.
• La investigación en torno al impacto del consumo de sustancias en estas lesiones ha avanzado y aunque ha enfrentado muchas limitaciones.
• Si bien los incidentes atribuidos al uso de drogas o alcohol con consecuencias graves son muy publicitados, la investigación actual confirma que la proporción de lesiones laborales atribuidas al consumo agudo de sustancias son relativamente pequeñas.
• Los problemas de uso de sustancias en el lugar de trabajo aumentaron en las industrias de la hostelería y la construcción. Por el contrario, los que se dedican a la educación y la formación,

las industrias agrícolas y las ocupaciones gerenciales y profesionales tenían menos riesgo de sufrir varios problemas en el lugar de trabajo.
• De lo anterior se concluye que los problemas de consumo de drogas o alcohol en el lugar de trabajo no son uniformes en todos los sectores.
• Las iniciativas de salud pública dirigidas a los problemas relacionados con las sustancias en el lugar de trabajo mejorarán si se focaliza mejor la población objetivo, considerando la industria y ocupación del trabajador.

Fuente: Impact of substance use on the Australian workforce, 2013.

e. Sobre consumo de alcohol y drogas en tránsito

De la misma forma que ocurre con la revisión de literatura en los temas anteriores, en este caso hay numerosos estudios enfocados en poblaciones específicas y pequeñas, por lo que se ha realizado una selección de aquellas investigaciones que tengan un mayor alcance dentro de cada país y priorizando aquellos más actualizados, aunque muchos de los estudios nacionales se realizan más distanciados en el tiempo.

El Departamento Transporte de Estados Unidos, a través de la National Highway Traffic Safety Administration, publicó en 2015, el reporte Drug and alcohol crash risk (Comptom, R.P., 2015), intenta estimar el riesgo de accidentes de tránsito (choques) asociados al consumo de alcohol y drogas y revisa las investigaciones realizadas al respecto, cabe destacar que este el primer estudio de casos que usa un grupo de control a gran escala en los Estados Unidos para evaluar los riesgos de accidentes asociados tanto con drogas, como el consumo de alcohol por parte de los conductores. Algunos de los resultados obtenidos son los siguientes:

• Se encontró un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de accidente (no ajustado) para los conductores que dieron positivo por consumo de drogas ilegales es de 1,21 veces y THC específicamente 1,25 veces.
• Sin embargo, los análisis que incorporan ajustes por edad, género, etnia y nivel de concentración de alcohol, no mostraron un aumento significativo en los niveles de riesgo de colisión asociado con la presencia de drogas. Este hallazgo indica que estas otras variables (edad, género, etnia y consumo de alcohol) estaban altamente correlacionadas con el uso de drogas y explican gran parte del mayor riesgo asociado con el uso de drogas ilegales y con THC.
• Este estudio encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de alcohol del conductor y el riesgo de accidente antes y después del ajuste por factores demográficos. Estos hallazgos fueron generalmente consistentes con análisis similares realizados en estudios previos de riesgo de accidentes.
• Por último, si bien los hallazgos de este estudio proporcionan información valiosa sobre la naturaleza del problema de conducción en estado de ebriedad, se reconoce la complejidad de estudiar el fenómeno, especialmente en relación con el uso de drogas distintas del alcohol.

Fuente: National Highway Traffic Safety Administration. Drug and alcohol crash risk, 2015.

En el caso de Australia, la mayoría de los estudios que abordan este fenómeno son locales y dan cuenta de la realidad de estados en particular. No obstante, en el Road Safety Annual Report 2019 de la OCDE (Road Safety Annual Report, 2019), Australia informa que registró 1.143 muertes en carretera en 2018, lo que representa un descenso inter anual del 6,7%. Después de dos años de aumentos en las muertes en las carreteras en 2015 y 2016, los datos de 2018 apuntan a un cambio de tendencia con una segunda contracción consecutiva en el número de muertes anuales en carreteras.

También, En Australia, es ilegal conducir un vehículo motorizado con un contenido de alcohol en la sangre o BAC (por sus siglas en inglés) de 0,5 g/L o más. Los límites más bajos de BAC se aplican a los conductores de camiones, autobuses y taxis (normalmente 0,2 g/L) y a los conductores novatos (0,0 g/L). Para definir los accidentes por conducción bajo los efectos del alcohol, Australia utiliza la misma definición recomendada por el proyecto SafetyNet de la Unión Europea: cualquier choque en el que cualquier participante activo tiene un nivel de BAC por encima del límite legal.

La confluencia del consumo de drogas y la conducción es motivo de preocupación (Australia). Según las estadísticas oficiales, en 2017, 105 personas (18,8% de las muertes en carretera, donde los datos están disponibles) murieron en un accidente cuando al menos uno de los conductores dio positivo en la prueba de drogas. Se estima que en 2016 la proporción de muertes en la carretera por choques que involucraron a conductores o motociclistas con problemas de drogas aumentó un 55% desde 2012 en cinco jurisdicciones.

Como parte del Plan de Acción Nacional de Seguridad Vial 2018-2020, Australia definió como Acción Prioritaria al "aumento de pruebas de drogas en carretera de manera significativa en todos los estados y territorios", y las autoridades viales estatales y territoriales han estado trabajando junto con la policía a través de un Grupo de Trabajo nacional sobre conducción de drogas para desarrollar un enfoque de mejores prácticas para reducir la conducción con drogas. Las jurisdicciones individuales apuntan a un aumento de testeos del 50% al 100%.

Sin embargo, a la hora de revisar datos asociados a el mundo del trabajo y conducción, los estudios concluyen que "si bien parece haber pruebas claras sobre la relación entre el consumo de alcohol y lesiones dentro de la población en general, existen grandes lagunas en el conocimiento sobre relación entre el consumo de alcohol y las lesiones en el lugar de trabajo, especialmente en el contexto Australiano"(Pidd et al., 2006).

En estudio ya mencionado (Driscoll et al, 2001; Driscoll 2003), identificaron que durante este período de 4 años un total de 2.413 trabajadores resultaron heridos de muerte, de ellas 626 muertes habían ocurrido en accidentes de tránsito, los niveles de BAC estaban disponibles para 502 (80%) de los fallecidos. De ellos el 10,8% presentaba niveles de BAC de 0,05 g / 100 ml o más. (Driscoll, Tim & Public Health, University of Sydney, 2003)

En Canadá en el año 2011, se publicó el documento A Comparison of Drug- and Alcohol-involved Motor Vehicle Driver Fatalities (Erin E. Beasley, 2011), cuyo objetivo fue mejorar la comprensión general de las drogas y el problema de la conducción, examinando los datos existentes sobre el consumo de drogas por parte de los conductores que mueren en choques en Canadá, que si bien a la información recolectada no

permite hacer distinciones respecto del uso de vehículos en uso o ejercicio laboral, esta proporción (de acuerdo al estudio anterior) correspondería aproximadamente a un 26%.

Para esto se utilizaron los datos de dos fuentes separadas, y se compararon y fusionaron para proporcionar la información más completa disponible sobre choques en los que un conductor resultó fatalmente herido. La primera fuente fue la National Fatality Database; la segunda, fue la National Collision Database (NCDB)[24]. El conjunto final de datos combinados que se analizó incluyó los registros de 12.978 conductores que murieron en choques en carreteras públicas en Canadá entre 2000 y 2007.

Algunos de los hallazgos son los siguientes:

• Sobre la base de los datos de pruebas de drogas a conductores con lesiones mortales, proporcionados por médicos forenses y examinadores médicos desde 2000 hasta 2007, más de la mitad de los conductores que fueron examinados, tanto para el consumo de alcohol como el de drogas, resultaron positivos para las drogas y/o el alcohol.
• Se encontró, también, que el consumo de drogas psicoactivas es casi tan común como el consumo de alcohol entre los conductores fallecidos. De hecho, mientras que el 36,6% de los conductores dieron positivo en alcohol, el 33% dio positivo en al menos una de las siete categorías de medicamentos que se sabe que tienen un impacto negativo en la capacidad para operar un vehículo de manera segura.
• Las categorías de drogas más comunes encontradas entre los conductores fueron depresores del SNC, seguido de cannabis, estimulantes del SNC y analgésicos narcóticos.
• Se puntualiza que la mayor atención al consumo de drogas usada por los conductores no debe restar valor a las continuas altas tasas de consumo de alcohol por parte de los conductores. Aunque en las últimas tres décadas se observa una disminución significativa en el grado de beber y conducir, el consumo de alcohol sigue siendo un factor en aproximadamente un tercio de las muertes de conductores.
• Se observan diferencias por sexo y de edad, respecto de las sustancias consumidas. También hay diferencias respecto del tipo de accidente, según se trate de consumo de drogas o de alcohol.
• Si bien se enfrentaron limitaciones respecto a la calidad y cantidad de datos, la presente investigación proporciona información valiosa sobre el alcance de la participación de drogas y/o alcohol en colisiones fatales, y mejora la comprensión del papel de las drogas en estos accidentes. También, desafía los supuestos sobre los patrones de consumo de drogas y conducción.
• Los resultados también destacan la necesidad de una estrategia nacional sobre drogas y conducción que se ocupe de políticas/legislación, aplicación, adjudicación, rehabilitación/tratamiento y prevención.

Fuente: The epidemiology of work-related fatal injury in Australia. School of Public Health, University of Sydney, Sydney. Doctoral dissertation.

En España, desde el año 2008 se realizan periódicamente estudios de prevalencia para determinar el consumo de sustancias psicoactivas en conductores que circulan por las vías públicas, al igual que el caso de otros países, no existe suficiente información que permita determinar la proporción que pertenece a

[24] https://open.canada.ca/data/en/dataset/1eb9eba7-71d1-4b30-9fb1-30cbdab7e63a

población laboral, específicamente en ejercicio de tareas de esta naturaleza. Hasta el momento se han realizado cuatro ediciones: Estudio DRUID (2008-2009),

En el año 2018, 120.408 conductores estuvieron implicados en accidentes con víctimas en vías interurbanas y urbanas, y se realizó prueba de alcohol al 38% de ellos. En cuanto a los resultados de las pruebas: el 23% de los conductores fallecidos dieron positivo en la prueba de alcoholemia, el 12% en el caso de los conductores heridos hospitalizados, el 8% en los conductores heridos no hospitalizados, y el 7% en los conductores ilesos.

En vías urbanas, se ha realizado prueba de alcohol al 14% de los conductores implicados en accidentes con víctimas. El porcentaje de pruebas disponibles en el caso de conductores fallecidos es de un 60%.

Con relación al consumo de drogas, se dispone de pruebas en el 68% de los conductores fallecidos, resultando un porcentaje de pruebas positivas del 19%.

Analizados de manera conjunta, los resultados de las pruebas de alcohol y drogas se concluye que el 35% de los conductores fallecidos tuvieron un resultado positivo a alguna de esas sustancias.

Para el caso de Alemania, resulta imposible extrapolar o desagregar la data oficial existente respecto a consumo de sustancias en población laboral, midiéndose el fenómeno en términos generales. Durante 2018, registraron 3.275 muertes en carretera. La tasa de mortalidad es de 4,0 muertes por accidentes de tráfico por 100.000 personas

En 2018, el alcohol fue un factor que contribuyó a alrededor del 4,5% de todos los accidentes con lesiones y al 7,3% de los accidentes mortales (1 de cada 12 muertos) en las carreteras alemanas.

En 2018, se reportaron 2.287 accidentes de tránsito relacionados con las drogas en Alemania, que provocaron 58 muertes y 3.118 heridos

En lo que respecta a Uruguay, y sobre la vinculación del consumo de alcohol y drogas con los accidentes de tránsito, no existe información sistematizada y actualizada como en Chile. Esto principalmente por la forma de registro y levantamiento de datos al momento de ocurrido un siniestro.

A continuación, se presentan los resultados de todos aquellos conductores a los que se les pudo realizar el examen (espirometrías-alcotest) en el lugar del siniestro, ya que, en ciertos casos por la gravedad de las lesiones, o por la urgencia del traslado hacia un centro de asistencia médica no resulta posible que el funcionario policial actuante realice el procedimiento.

• De un total de más de 11.679 controles realizados a conductores que participaron en un siniestro de tránsito el 93% registra 0 g/L de alcohol en sangre. Cifra que se mantiene estadísticamente estable respecto a lo registrado en el año 2018 (92,5%).
• 821 conductores que participaron en siniestros de tránsito durante 2019, se les detectó presencia de alcohol en sangre, representando el 7% del total.
• Las espirometrías positivas en aquellos conductores que participan de un siniestro de tránsito corresponden a 9% en el sexo masculino y 2,1% en el femenino.

• El promedio de espirometrías positivas registradas de lunes a viernes es de 3,9%; valor que aproximadamente se triplica los sábados (12%) y aproximadamente se quintuplica los domingos (19%). Esta distribución no presenta cambios respecto a lo registrado años anteriores.
• Es elevada la presencia de alcohol en sangre en conductores que participan de siniestros de tránsito, en el horario de las 00 am a las 7 am, alcanzando su máximo a las 4 am, donde la participación de espirometrías positivas alcanza el 40%.
• En lo referente a la distribución mensual se observa un máximo en el mes de febrero alcanzando un 8,1% de espirometrías positivas.
• El 9,7% de los controles realizados a conductores de bicicletas participantes en siniestros de tránsito dio positivo, seguido por conductores de motos 8,7%, Autos y Camionetas 6,2%.
• Se detecta mayor presencia de alcohol en el sexo masculino a lo largo de todas las franjas etarias, con un leve registro superior en hombres de edades comprendidas entre los 30 a los 39 años.

Fuente: United Nations (UN)

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

Tras la revisión de la información disponible para Chile y de las experiencias internacionales seleccionadas, se puede observar y señalar que el consumo abusivo de alcohol y drogas es un problema plenamente vigente y transversal a todos los países.

Cifras nacionales dan cuenta que un 6,9% de la población laboral es prevalente año para consumo de drogas, y un 72% es prevalente para el consumo de alcohol (año) (ACHS, 2012). Sin embargo, al contrastar con otros estudios nacionales, no enfocados específicamente a este tema, la prevalencia año de marihuana es de 12% año y de alcohol mes es de el 43%.25 (SENDA, 2019). En particular, para la población laboral nacional, se observa que la prevalencia año de marihuana es de un 13,2%, y la prevalencia mes de alcohol es de un 52%, en ambos casos mayor que los promedios para dichos indicadores en población general (SENDA, ENPG 2018). Por su parte la ENETS indica que el consumo de medicamentos con receta es de alrededor de 31,3% de la población y cunado pregunta sobre el consumo de drogas en terceros, el 6,2% de los trabajadores refiere conocer a alguien en su trabajo actual que consume marihuana, cocaína, pasta base u otra sustancia ilícita.

Hay una clara diferenciación de consumo en todas las drogas dependiente de la edad de los sujetos, así como del género, en cuanto los hombres presentan mayor consumo que las mujeres, exceptuando el consumo de tranquilizantes con y sin receta, por lo que es necesario segmentar variables y estudiar subgrupos (edad, rubros, cargas laborales, horarios de trabajo y otros factores vinculados).

La sustancia más consumida por los trabajadores nacionales corresponde a alcohol, y los indicadores de intensidad de consumo más relevantes indican que para el año 2018 el 10,1% de la población laboral presenta consumo de riesgo de alcohol, mientras que el 30,2% de los trabajadores nacionales consumen 5 o más tragos en a lo menos una ocasión en los últimos 30 días (binge drinking).

En otros países, podemos ver que la prevalencia de consumo de drogas durante la vida de los trabajadores alcanza un 46,8%; por su parte, el consumo de drogas durante los últimos 12 meses es de 17,5%; mientras que en el último mes la prevalencia de consumo de drogas en este grupo es de 10,4%. (Pidd, K. et al, 2008)

En este sentido, la realidad nacional podría encontrarse entre los parámetros presentados, entendiendo que las prevalencias indicadas difieren en el rango medido (mes-año-vida), por ello es necesario definir y establecer una metodología para estimar las prevalencias de consumo a nivel nacional, ya sea realizando estudios autónomos o a través de los estudios que ya se realizan a nivel nacional.

En relación con el consumo dentro de la jornada de trabajo en nuestro país no hay información válida. A nivel internacional las cifras indican que el 1,8% de los encuestados auto reportaron que consumieron alcohol al menos una vez antes del trabajo, el 7,1% consumió alcohol durante la jornada laboral, el 8,1% consumió alcohol antes o durante la jornada laboral y el 10,2% informó que había tenido problemas de trabajo o con resaca en el trabajo al menos una vez. (Frone, 2006).

[25] En Chile la prevalencia de marihuana es evaluada en por consumo/año y la de alcohol por consumo/mes.

Para el consumo de drogas en la jornada laboral, no hay datos que permitan ser concluyente, sin embargo, en estudios de accidentabilidad las tasas son equivalentes entre alcohol y drogas, pudiendo ser similares a los datos que han sido presentados aquí.

Con relación a la accidentabilidad en Chile la estimación indica que un entre un 20% y 25% de los accidentes estaría vinculado al consumo de drogas o alcohol, sin embargo, no disponemos de estudios suficientes para confirmar esta información y utilizarla como referencia actualizada, por lo que se ha utilizado como una referencia para elaborar ejercicios de estimación y comparabilidad, con el objeto de aproximarnos al fenómeno. (Superintendencia de Seguridad Social, 2019). Bajo los supuestos antes mencionados, se estima que la tasa de accidentabilidad vinculada al consumo de drogas o alcohol en Chile corresponde a 1,03%.

A nivel internacional hemos escogido uno de los estudios (Driscoll, 2003) de mayor muestra para dar cuenta de esta variable. Este concluye que una minoría de trabajadores informa conducir un vehículo de motor bajo la influencia de drogas, las prevalencias recogidas con distintas metodologías indican que esta cifra corresponde a un 4,4% de los trabajadores; así mismo un 2,5% indica el consumo de drogas previo al ingreso laboral y un 1,2% dice consumir drogas en el trabajo. Estas cifras no son extrapolables a nuestra realidad en cuanto la metodología de recogida de datos no nos permite indicar que las condiciones nacionales son similares. Para ello es necesario, al igual que el punto anterior, realizar estudios específicos que permita obtener información válida, evitando estudios de auto reporte, o bien contrastar estos con metodologías de screening.

Para utilizar una referencia más general y válida, con relación a datos de accidentabilidad, recomendamos utilizar el dato de la OIT como referencia, quienes estiman que entre un 20 y 25% del total de accidentes laborales se relacionan al consumo de alcohol y drogas. Otros estudios entregan datos más conservadores, indicando que accidentes laborales está vinculados al consumo de drogas es de 3%-5%. (Trent, 1991).

En base al supuesto utilizado por la OIT (prevalencia entre 20 y 25% de accidentabilidad laboral vinculada al consumo de alcohol y drogas), se ha estimado la accidentabilidad laboral vinculada al consumo de drogas o alcohol, tanto en Chile como en los países presentados en esta revisión, donde se puede dar cuenta que las industrias de Construcción y Manufactureras son aquéllas que en promedio presentan la mayor accidentabilidad de manera transversal. La industria agrícola, ganadera y pesquera en Canadá y Estados Unidos presentan las menores tasas de accidentabilidad, con cifras menores al 0,5% mientras que Chile supera dichas cifras por más del doble. La industria de transporte y almacenaje Chile presenta la tasa de accidentabilidad más baja dentro de todos los países estudiados.

Como se ha mencionado, el consumo de alcohol y otras drogas acarrea efectos importantes tanto a nivel individual como colectivo, y especialmente en el mundo del trabajo donde las repercusiones quedan de manifiesto, ya sea en el desempeño laboral, la salud y seguridad de los individuos, las repercusiones que ocasiona en la empresas y organizaciones, y finalmente en el mercado del trabajo.

Se evidencia además el relevante costo económico y social para los países. En el caso de Chile, las estimaciones más conservadoras muestran un costo equivalente al menos 1,5% del Producto Interno Bruto Nacional (PIB).

Aún existen diversos e importantes desafíos en materia de producción de información valida, comparable, y replicable en torno al tema presentado, ya que la información disponible a nivel nacional e internacional no se encuentra actualizada y aún es necesario investigar ciertas variables con mayor profundidad, como, por ejemplo, la causalidad del fenómeno de consumo de alcohol y accidentabilidad. Por ello es necesario promover la investigación del fenómeno del consumo de sustancias y su impacto en el ámbito laboral.

En este informe hemos dado cuenta de esta necesidad y hemos detallado los aspectos que requieren de mayor desarrollo. En la medida en que se cuente con más información se puede facilitar y orientar a los tomadores de decisión respecto de la implementación de políticas públicas coherentes y relevantes a la vigencia del problema.

A continuación, se presentan las principales recomendaciones enfocadas a la generación de información y las características a considerar en la generación de nuevos antecedentes o evidencias respecto al consumo de alcohol y drogas:

- **Importancia de la generación de información periódicamente.**

  Chile cuenta con encuestas sobre consumo de drogas en población general con representatividad a nivel nacional, lo que permite tener una base sobre la que diseñar Política Pública. Idealmente, este tipo de levantamiento debería enriquecerse y normalizarse considerar el máximo de caracterizaciones requeridas que sirvan para aporten el diseño - focalización de programas y la toma de decisiones.

Por lo tanto, es recomendable que cualquier encuesta nacional cuente con, a lo menos, la información desagregada por[26]:

- Sexo.
- Grupos etarios.
- Nivel educacional.
- Categoría Ocupacional (ocupado, desocupado, inactivo).
- Actividad (por ejemplo, en función de las horas que dedica semanalmente a la realización de su trabajo)
- Situación actual de trabajo (trabajador por cuenta propia, asalariado formal)
- Sector o Rubro de desempeño.
- Rango de ingresos.
- Ubicación/ Lugar geográfico.
- Nivel educacional

Esta representa una categorización sugerida, e ideal ya que permitiría un desglose y clasificación para establecer diferenciaciones de focalización y diseño de estrategias preventivas de distinto orden de

[26] Esta información se complementará en los informes posteriores.

acuerdo con las variables presentadas, considerando además una posible estandarización con la finalidad lograr mínimos de homogeneidad, en el caso de provenir de diferentes fuentes.

Sobre las categorías de desagregación la evidencia internacional en estadísticas demuestra que las encuestas actuales, carecen de información que permita obtener datos en particular el ámbito laboral, así como también la desagregación por actividad económica. En la información de USA existe mayor detalle llegando inclusive a diferenciar entre "actividad económica e industria".

En la definición de variables, la ubicación cobra valor estratégico, dadas las características geográficas de nuestro país, y como estas influencian e impulsan el ejercicio de determinadas actividades económicas, generando "polos o zonas dedicadas" particularmente en sectores rurales y semiurbanos. Directamente relacionado, cobran aquí un rol protagónico los gobiernos locales y regionales en la responsabilidad diseño y ejecución de políticas públicas.

También, es importante generar datos respecto a causas y consecuencias directas del consumo por tipo de droga/alcohol y frecuencias de consumo.

Como en general, estas encuestas consideran el auto reporte sobre consumo, es importante poder validar estableciendo cruces de información con datos objetivos, como testeos, ya sea que se aplique como política nacional (por ejemplo, en el caso de controles de tránsito) o políticas específicas, como empresas o industrias que tengan iniciativas o políticas generalizadas al respecto (por ejemplo, la gran minería, o a través de aplicación de cuestionarios para identificar consumos de riesgo, que puedan ser implementados en diversos contextos laborales).

Aun cuando existen encuestas seriadas que levantan información de buena calidad, no son completamente utilizadas. Se debe fomentar el uso de los datos levantados para la generación de evidencia que permita diseñar políticas públicas pertinentes a las problemáticas específicas que se derivan del problema de consumo. Ejemplo de ello es la encuesta de SENDA, que, si bien presenta los datos referidos a población general, tiene la posibilidad de segmentar la población laboralmente activa y obtener algunas conclusiones de ella. Así mismo resulta de importancia el incentivar capacidades de análisis y generación de conocimiento adicional desde el sector privado, académico, el mundo laboral y los organismos asociados a él en los ámbitos de salud y seguridad.

También se debe estudiar sobre los mecanismos mediante los cuales se producen los impactos observados. Por ejemplo, no es claro que la causalidad de los accidentes en el trabajo que involucran consumo de drogas/alcohol sea unidireccional, también podría ser que individuos que son propensos al consumo, también lo sean a tener comportamientos riesgosos en el trabajo. Para determinar este tipo de relaciones, se requieren investigaciones que utilizan metodologías más complejas que mezclan distintos instrumentos de recolección de información y análisis. Si bien esta tarea excede el campo de acción de la subsecretaria de previsión social, es posible que se realicen o promueva la disponibilidad de fondos (CONYCYT, FONIS) para estudiar esta relación en nuestro país.

- **Ampliar y coordinar la oferta programática ante la problemática, así como el levantamiento de información sinérgico y complementario.**

Dado que la problemática es compleja, multifactorial y multicausal, su análisis debe contemplar acercamientos multidisciplinarios. No basta mirar el fenómeno solamente desde un punto de vista de salud pública; también, se debe abordar desde el comportamiento o psicológico individual; del comportamiento social y cultural; desde un punto de vista económico nacional y desde la perspectiva de la empresa, tanto en su origen como en sus impactos; entre otros. La asociación con el ámbito laboral recoge todas estas dimensiones.

Enlazado a lo anterior, una posible alternativa la representa la existencia de instrumentos ya elaborados, validados y formalmente establecidos en el mundo laboral para la detección de riesgos, los que pueden ser complementados/enriquecidos -con los correspondientes resguardos metodológicos incorporando las variables de consumo de alcohol y drogas, como es el caso del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 del protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales.

Como ya se dijo, recomendamos facilitar e incentivar la investigación y desarrollo conjunto en la materia, buscando y propiciando que instancias públicas y privadas (académicas, técnicas, u otras) concreten acciones que agrupen, generen o enriquezcan el conocimiento.

Lo anteriormente expuesto representaría una base empírica que demuestra ser necesaria para el diseño de políticas públicas de prevención del consumo de alcohol y drogas pertinentes para el mundo laboral, además estas deben dar cuenta de un abordaje progresivo o continuo de intervenciones en estos espacios, que se materializan a partir de medidas o acciones muy generalizadas dirigidas tanto para las organizaciones como para trabajadores, hasta intervenciones muy específicas para un grupo determinado de ellos. Cubriendo de esta manera, tantos aspectos promocionales de la prevención, hasta la rehabilitación y reinserción, en distintos contextos; hasta las medidas de control de sustancias y las implicancias asociadas a estos.

Para concluir, y a modo de reflexión; la mayor disponibilidad de datos locales actualizados y de calidad, que permita relacionar los costos y beneficios que significa esta problemática para mundo laboral y empresarial, contribuyen a sensibilizar a todos los actores involucrados, y por ende se transforma en un estímulo para materializar acciones de esta índole.

ANEXOS

Anexo 1. Cuadros accidentabilidad laboral por países

Estados Unidos

Definición: Lesiones y enfermedades en el trabajo reportadas por trabajadores, según la Encuesta Ocupacional de Lesiones y Enfermedades (Survey of Occupational Injuries and Illnesses - SOII).

Fuente U.S. Bureau of Labor Statistics

Último dato: 2018

Estadísticas principales:

Se reportaron 2,8 millones de lesiones y enfermedades no fatales en el trabajo, según lo reportado por los empleados de la industria privada en 2018. Ese mismo año, hubo 900.380 lesiones o enfermedades en la industria privada, que causaron la ausencia de trabajadores por al menos un día.

Número de lesiones y enfermedades ocupacionales no mortales por industria seleccionada y tipos de casos, industria privada, 2017-18 (miles)

Industria *	Total de casos registrables		Casos con días fuera del trabajo	
	2017	2018	2017	2018
Agricultura, forestal, pesca y caza	50,2	54,4	17,0	17,4
Minería, explotación de canteras y extracción de petróleo y gas	10,2	9,8	4,8	4,1
Construcción	198,1	199,1	79,8	77,5
Manufactura	428,9	430,3	115,6	118,6
Comercio al por mayor	157,9	160,8	56,7	56,2
Comercio retail	395,7	409,9	120,0	126,9
Transporte y almacenaje	215,7	221,4	96,1	103,6
Servicios públicos	11,2	10,6	3,9	3,6
Información	33,7	33,3	14,8	15,6
Finanzas y seguros	27,5	28,5	8,1	7,1
Inmobiliaria y arrendamiento y leasing	46,6	46,1	18,4	16,0

Servicios profesionales, científicos y técnicos	69,6	70,5	18,5	16,3
Gestión de empresas y emprendimientos	20,6	17,5	5,3	4,7
Servicios admin y de apoyo y gestión de residuos	116,9	118,6	44,5	46,5
Servicios educacionales	38,5	36,9	10,2	11,6
Cuidados de salud y asistencia social	582,8	577,4	152,3	155,6
Artes, entretenimiento y recreación	58,9	57,9	17,3	16,0
Servicios de alojamiento y alimentación	282,6	278,5	75,8	77,8
Otros servicios (excepto Administración Pública)	66,0	72,8	23,7	25,5
Total Estados Unidos	2.811,5	2.834,5	882,7	900,4

Fuente: U.S. Bureau of Labor Statistics

* 2012 North American Industry Classification System (NAICS) manual.

Australia

Definición: Reclamos serios por lesión o enfermedad: Un reclamo de un trabajador por una compensación por una incapacidad que resulte en la total ausencia en el trabajo por una semana o más.

Fuente: Safe Work Australia

Último dato: 2014-2015

Estadísticas principales:

Se recibieron 107.355 reclamos serios en el período 2014-2015. El 43% de ellas son lesiones traumáticas en articulaciones, músculos y tendones; por su parte el 41% de las lesiones se produjo por manipular objetos mientras se los levanta o desplaza.

Número de reclamos serios por industria 2000–01 a 2014–15

Industria *	2000–01	2013–14	2014–15
Cuidados de salud y asistencia social	15.320	18.445	17.565
Manufactura	27.035	13.845	13.725
Construcción	12.295	12.205	12.575

Comercio retail	11.930	9.325	8.910
Transporte, postal y almacenaje	11.575	10.135	8.820
Administración pública y seguridad	8.115	9.250	8.270
Educación y entrenamiento	6.110	6.490	6.540
Servicios de alojamiento y alimentación	7.415	6.295	6.310
Comercio al por mayor	5.895	4.615	4.630
Servicios administrativos y de soporte	6.255	4.645	3.785
Agricultura, forestal y pesca	5.455	3.505	3.410
Otros servicios	4.275	3.495	3.055
Servicios de arte y recreación	2.320	2.190	2.170
Minería	1.895	2.850	2.105
Servicios profesionales, científicos y técnicos	2.110	1.750	1.800
Servicios de electricidad, gas, agua y residuos	1.420	1.255	1.175
Servicios de arriendo, contratación e inmobiliaria	1.025	995	1.030
Servicios financieros y de seguros	1.305	740	665
Medios de información y telecomunicaciones	1.230	605	590
Australia total	133.115	112.800	107.355

Fuente: Safe Work Australia

* Australian and New Zealand Standard Industrial Classification, 2006

Canadá

Definición: Reclamos de tiempo perdido: Una lesión donde el trabajador es compensado por una Junta/Comisión por la pérdida de salarios luego de una lesión (o exposición a sustancias nocivas) relacionada con el trabajo.

Fuente:Association of Workers' Compensation Boards of Canada

Último dato: 2018

Estadísticas principales:

Se recibieron 264.438 reclamos de tiempo perdido en 2018. El 87% de ellas son lesiones o desórdenes traumáticos.

Reclamaciones de tiempo perdido por industrias*

Industria	2018
A - Agricultura y servicios relacionados	4.034
B - Pesca y captura	422
C - Explotación forestal	1.304
D - Minería, canteras y pozos petroleros	2.071
E - Manufactura	35.910
F - Construcción	27.952
G - Transporte y almacenaje	17.342
H - Comunicaciones y otros servicios	4.461
I - Comercio al por mayor	11.648
J - Comercio retail	28.203
K - Finanzas y seguros	444
L- Operadores inmobiliarios y agentes de seguros	1.700
M - Servicios de negocios	7.639
N - Servicios de gobierno	16.198
O - Servicios educacionales	8.223
P - Servicios de salud y servicios sociales	47.014
Q - Servicios de alojamiento, alimentación y bebestibles	16.263
R - Otros servicios	9.894
S - Industria no especificado o no definido	7.090
No codificado	16.626
Total Canadá	264.438

Fuente: Association of Workers' Compensation Boards of Canada

*Standard Industry Classification (SIC) 1980

España

Definición: La legislación española determina que “un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”.

Fuente: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

Último dato: 2019

Estadísticas principales:

Se registraron 650.602 accidentes de trabajo con baja total. La mayoría se produjeron durante la jornada laboral, en concreto 562.756 accidentes que suponen el 86,5%. El resto, 87.846 accidentes, tuvieron lugar durante el trayecto del domicilio al centro de trabajo o viceversa.

ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA EN JORNADA. ASALARIADOS

Industria	VALORES ABSOLUTOS		VARIACIONES SOBRE IGUAL PERIODO AÑO ANTERIOR	
	2018	2019	Absolutas	Relativas en %
A - Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	32.037	32.630	593	1,9
B - Industrias extractivas	2.041	1.774	-267	-13,1
C - Industria manufacturera	99.812	105.294	5.482	5,5
E - Suministro de agua, saneamiento, gestión residuos	9.240	9.290	50	0,5
F - Construcción	67.178	73.666	6.488	9,7
G - Comercio al por mayor y menor; reparación de vehículos a motor	73.279	74.122	843	1,2
H - Transporte y almacenamiento	40.183	41.344	1.161	2,9
I - Hostelería	52.517	53.721	1.204	2,3
N - Actividades administrativas y servicios auxiliares	32.351	30.872	-1.479	-4,6
O - Administración Pública y defensa; Seguridad social obligatoria	34.503	30.457	-4.046	-11,7
Q - Actividades sanitarias y de servicios sociales	43.149	40.872	-2.277	-5,3

Resto de secciones de actividad (D, J, K, L, M, P, R, S, T, U)	35.184	35.379	195	0,6
Total España	521.474	529.421	7.947	1,5

Fuente: Ministerio del Trabajo y Economía Social - Subdirección General de Estadística y Análisis Socio Laboral.

Alemania

Definición: El seguro contra accidentes paga beneficios y considera sólo a las personas que se encuentran aseguradas. Cubre los accidentes de trabajo, los accidentes en el camino directo hacia y desde el trabajo y las consecuencias de las enfermedades profesionales, es decir, las enfermedades contraídas gracias al ejercicio de su oficio o profesión.

Fuente: Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA)

Último dato: 2014

Estadísticas principales:

La mayoría de los indicadores se han desarrollado positivamente durante los últimos años, y el número de accidentes laborales sigue disminuyendo en el país, pasando de 1.088.672 accidentes en 2004 a 955.919 en 2014 (lo que representa 24 accidentes por cada 1.000 empleados a tiempo completo). El número de accidentes laborales mortales y de desplazamiento también ha disminuido en los últimos 10 años.

Uruguay

Definición: Son enfermedades profesionales aquellas causadas por agentes físicos, químicos, biológicos, utilizados o manipulados durante la actividad laboral o que estén presentes en el trabajo. Se considera accidente de trabajo a toda lesión corporal que el trabajador sufra en ocasión o por consecuencia del trabajo que realice por cuenta ajena. Ambos eventos deben ser notificados al Banco de Seguros del Estado (BSE).

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Uruguay

Último dato: 2019

Estadísticas principales: En 2019 se produjeron 33.510 accidentes laborales, lo que constituye un aumento de 1,2% con respecto al año 2018. De esta forma, se revierte la tendencia a la baja registrada en los 5 años anteriores, donde los accidentes laborales se redujeron desde 42.794 siniestros en 2014 a 33.123 en 2018.

ACCIDENTES LABORALES AMPARADOS POR GRUPO DE TRABAJO DE INE

Industria	VALORES ABSOLUTOS		VARIACIONES SOBRE IGUAL PERIODO AÑO ANTERIOR	
	2018	2019	Absolutas	Relativas en %
Actividades Financieras y de Administración	220	190	-30	-0,1
Actividades sin especificar	911	982	71	0,1
Agricultura, Ganadería, Pesca y Frigorífico Pesquero	4.680	4.660	-20	0,0
Comercio por Mayor y Menor, Almacenes	4.329	4.361	32	0,0
Construcción	3.802	4.110	308	0,1
Electricidad, Gas y Agua	5	3	-2	-0,4
Industrias Manufactureras	6.989	6.750	-239	0,0
Minas y Canteras	100	119	19	0,2
NA	0	1	1	--
Servicios Personales y Comunales	8.942	9.329	387	0,0
Transportes	3.145	3.005	-140	0,0
Total Uruguay	33.123	33.510	387	0,0

Fuente: Monitor de Accidentes Laborales. Banco de Seguros del Estado (BSE).

Anexo 2: Glosario de términos y conceptos:

Elaborado en base al glosario de términos de alcohol y droga, del Ministerio de Sanidad y consumo (Gobierno de España) con la colaboración de la O.M.S. Y del Glosario de términos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol SENDA (Gobierno de Chile), disponible en su página web.

Abstinencia: Privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de "abstemios" ("absteiners"), "abstinentes totales" ("total absteiners") o según una terminología inglesa más antigua "teetotallers". El término "abstinente actual", usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores; esta definición puede no coincidir con la auto descripción como abstemio de un encuestado. No hay que confundir el término "abstinencia" con la expresión "síndrome de abstinencia" o con un término más anticuado como el de "síndrome de deprivación".

Abuso: (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas) Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-IIIR1, el "abuso de sustancias psicoactivas" se define como "un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso". Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término "dependencia" cuando proceda. El término "abuso" se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia, véase más adelante); las expresiones "consumo perjudicial" y "consumo de riesgo" ("hazardous use") son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término "abuso", aunque expresiones tales como "abuso de sustancias" siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Adicción (Dependencia), a las drogas o alcohol (addiction, drug or alcohol) Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta

llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo. “Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habituación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad.

Alcohol (alcohol) En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C2 H5 OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas.

El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química (véase alcohol, no apto para el consumo).

Alcoholemia (blood alcohol level (BAL). Concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Se expresa habitualmente en forma de masa por unidad de volumen, aunque en cada país se expresa de forma distinta o se utilizan unidades diferentes, por ejemplo: miligramos por 100 mililitros (mg/100 ml o, de forma incorrecta, mg por ciento), miligramos por litro (mg/l), gramos por 100 mililitros (g/100 ml), gramos por ciento y milimoles por litro. Una concentración de 8 partes por mil se expresaría, en terminología legal, como 0,08% en EEUU; como 0,8 por mil en Escandinavia, y como 80mg/100ml en Canadá y otros países. También existen diferencias en el nivel de alcoholemia fijado como límite legal para conducir en las leyes de cada país (véase conducción bajo los efectos del alcohol), si bien en la mayoría de los casos oscila entre 50 y 100mg/100ml.

La alcoholemia suele calcularse a partir de una medición realizada en el aire espirado, en la orina o en otros líquidos biológicos en los que la concentración de alcohol guarda una relación conocida con la existente en la sangre. La fórmula de Widmark es una técnica que permite calcular la alcoholemia en un momento dado tras el consumo de alcohol, partiendo de la extrapolación de niveles de alcohol en determinados momentos y aplicando una tasa fija de eliminación del alcohol (cinética de orden cero). En algunas jurisdicciones, se considera que la tasa así obtenida es dudosa y no se acepta la estimación de la alcoholemia a partir de valores obtenidos en momentos previos.

Alcoholismo. Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

La imprecisión del término hizo que un Comité de Expertos 1 de la OMS lo desaprobara en 1979, dando preferencia a una expresión más concreta, síndrome de dependencia

del alcohol, que es uno de los muchos problemas relacionados con el alcohol.

AVISA. Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (Avisa) es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente de calidad de vida). Con los Avisa se mide la pérdida de salud producida a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Esta característica permite identificar los problemas de salud prioritarios, a través de un indicador sintético que cuantifica el impacto de cada una de estas condiciones.

Benzodiazepina. Medicamento perteneciente a un grupo de fármacos relacionados estructuralmente que se emplean sobre todo como sedantes/hipnóticos, relajantes musculares y antiepilépticos; antiguamente se designaban con el término “tranquilizantes menores”, actualmente en desuso. Se considera que estos fármacos producen sus efectos terapéuticos al potenciar la acción del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un importante inhibidor de la neurotrasmisión.

Las benzodiazepinas se introdujeron como alternativa más segura a los barbitúricos. No suprimen el sueño REM en la misma medida que los barbitúricos, pero tienen un potencial importante de mal uso y de dependencia física y psicológica.

Cannabis (Cannabis -Marihuana) Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís.

Cocaína. Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados. El hidrocloruro de cocaína se utilizaba a menudo como anestésico local en odontología, oftalmología y cirugía otorrinolaringológica por su potente actividad vasoconstrictora, que ayuda a reducir la hemorragia local. La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia.

Codependiente, Pariente, amigo íntimo o compañero de una persona dependiente del alcohol o de las drogas, cuyas acciones tienden a perpetuar la dependencia de esa persona, retrasando así el proceso de recuperación.

Compulsión (Craving) Aplicado al consumo de sustancias psicoactivas, hace referencia a un deseo fuerte y apremiante —atribuido a sentimientos internos en vez de a influencias externas— de consumir la sustancia (o sustancias) en cuestión. A veces, el consumidor se da cuenta de que este fuerte deseo es perjudicial para su bienestar e intenta deliberadamente evitar el consumo. Este sentimiento es más característico del trastorno obsesivo-compulsivo, un síndrome psiquiátrico, que de la dependencia del alcohol y las drogas.

Consumo (alcohol o drogas). Autoadministración de una sustancia psicoactiva. Que puede ser ingerida por distintas vías.

Consumo abusivo (drinking, heavy) Patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o —de manera más ambigua— consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).

Consumo de riesgo (hazardous use, hazardous drinking) Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual.

Consumo experimental (experimental use) En general, las primeras veces que se consume una droga determinada (a veces incluye el tabaco o el alcohol). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

Consumo habitual. Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a otras formas de consumo dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están intensificar las sensaciones de placer; pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que denotan

consumo habitual: a) La persona amplía las situaciones en las que recurre a las drogas; b) Usa drogas tanto en grupo como solo; c) El usuario conoce sus efectos y los busca; Suele comprar la sustancia; d) Como no ha perdido el control sobre su conducta, la persona manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

Consumo perjudicial (harmful use, drinking harmful). Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis

por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial.

Consumo problemático (drinking, problem). Patrón de consumo que provoca problemas, ya sean individuales o colectivos, de salud o sociales. Cuando empezó a usarse esta expresión, denotaba que se bebía en respuesta a un problema en la vida. Este término se viene utilizando desde mediados de la década de los 60 en un sentido más general para evitar hacer referencia al concepto del alcoholismo como enfermedad. En ciertos contextos, el consumo problemático de alcohol se usa como sinónimo del concepto de alcoholismo en sus fases iniciales o menos graves. Un bebedor problemático es una persona que ha sufrido problemas de salud o sociales a causa de la bebida.

Las formulaciones que se utilizan para evitar el "estigma" inherente al término son "problemas relacionados con la bebida" y "problemas con la bebida" (véase problemas relacionados con el alcohol). Algunos expertos han empleado el término "consumo problemático de alcohol" para abarcar otro concepto relacionado: un consumo que tiene el potencial de causar problemas (más o menos equivalente a "consumo de riesgo"); en cambio, la expresión "el problema de la bebida" se remonta a la época de la "templanza" y —al igual que "la cuestión del alcohol"— hacía referencia a la política de alcohol en su totalidad.

Control de las drogas (drug control) Regulación, mediante un sistema de leyes y organismos, de la producción, la distribución, la venta y el consumo de sustancias psicoactivas específicas (sustancias controladas) a escala local, nacional o internacional (véase convenios internacionales sobre drogas). Término que equivale a política en materia de drogas (política de alcohol).

Depresor. Sustancia que suprime, inhibe o reduce algunos aspectos de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Los principales grupos de depresores del SNC son los sedantes/hipnóticos, los opiáceos y los neurolépticos. Algunos ejemplos de depresores son el alcohol, los barbitúricos, los anestésicos, las benzodiazepinas, los opiáceos y sus análogos sintéticos. A veces también se incluye en este grupo a los anticonvulsivantes, debido a su acción inhibidora de la actividad neuronal anómala.

Dependencias – Causas: La conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa única o establecerse relaciones simples de causa efecto. Un análisis superficial puede llevarnos a pensar que el verdadero causante de la toxicomanía hay que buscarlo en las propiedades de la sustancia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la sustancia adquiere importancia en la medida en que cumple una determinada función para el usuario. La capacidad de una droga de generar adicción puede explicar la persistencia del consumo, pero difícilmente pueda explicar el inicio a dicho consumo y la repetición del mismo. Así entonces, junto con las características de las drogas, también juegan un importante papel las características del consumidor y el entorno social en el que vive. En este origen multicausal de las drogodependencias, los factores de riesgo y protección adquieren un rol preponderante en el desarrollo de las mismas.
Así en la drogodependencia intervienen factores que tienen que ver con: a) La droga; b) el individuo; c) el ambiente. Estos factores son estudiados a través de diversos modelos explicativos: 1) Biológico: Se basa en aspectos orgánicos, llamado también médico. B)Psicológico: Basado en teorías de aprendizaje (conductistas, cognitivistas u otros). C)Sociológico: Basado en modelos de aprendizaje social u otros.

Desorganizadoras – perturbadoras (drogas). Respecto del principal efectos sobre el cerebro humano de esta sustancias, logran efectivamente desorganizar y alterar el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc. En este grupo están: alucinógenos (LSD, mezcalina...), derivados del cannabis (marihuana, hachís...), drogas de síntesis (éxtasis., etc.)

Detección de drogas (control de drogas - drug testing). Análisis de los fluidos corporales (sangre, orina o saliva), del cabello o de otros tejidos para detectar la presencia de una o varias sustancias psicoactivas. Se utiliza para vigilar la abstinencia de estas sustancias en personas que siguen programas de rehabilitación, para controlar el consumo clandestino de drogas entre los pacientes en tratamiento de mantenimiento o cuando las condiciones para obtener un empleo dependen de la abstinencia de sustancias psicoactivas. Véase en alcoholemia los análisis específicos usados para el alcohol.

Diagnóstico dual (Comorbilidad). Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona. A veces, estas personas reciben el nombre de “enfermo mental consumidor de drogas”. Un significado menos frecuente es la coexistencia de dos trastornos psiquiátricos que no están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El término también se ha aplicado a la coexistencia de dos diagnósticos de trastornos debido al uso de sustancias (véase politoxicomanía). El empleo de este término no implica la naturaleza de la asociación entre los dos trastornos ni ninguna relación etiológica entre ambos.

Discapacidad relacionada con el alcohol o las drogas (Disability, alcohol- or drugrelated) cualquier problema, enfermedad o consecuencia de otro tipo derivados del consumo perjudicial, la intoxicación aguda o la dependencia, que inhibe la capacidad de una persona para actuar con normalidad en el entorno

social o económico. Algunos ejemplos son el deterioro de la función social o la actividad física que acompaña a la cirrosis alcohólica, la infección por el VIH relacionada con las drogas o los traumatismos relacionados con el alcohol.

Droga. Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., "alcohol y otras drogas") intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

Estimulante. En referencia al sistema nervioso central, cualquier sustancia que activa, potencia o incrementa la actividad neuronal. Se denomina también psicoestimulante. Son ejemplos las anfetaminas, la cocaína, la cafeína y otras xantinas, la nicotina y los anorexígenos sintéticos como la fenmetrazina o el metilfenidato. Hay otros medicamentos que tienen acciones estimulantes que, pese a no constituir su efecto principal, pueden manifestarse cuando se consumen en dosis altas o de forma prolongada; se trata de los antidepresivos, los anticolinérgicos y ciertos opiáceos.

Los estimulantes pueden provocar síntomas que indican una intoxicación, por ejemplo: taquicardia, dilatación de las pupilas, aumento de la tensión arterial, hiperreflexia, sudoración, escalofríos, náuseas o vómitos y alteraciones del comportamiento, tales como agresividad, grandiosidad, hipervigilancia, agitación y alteración del razonamiento. El uso inadecuado crónico induce a menudo cambios de la personalidad y de la conducta, como impulsividad, agresividad, irritabilidad y desconfianza.

Factores de riesgo y protección. Término acuñado en salud pública, aplicado al fenómeno de las drogas que se refiere a un conjunto de variables y condiciones que facilitan o favorecen la probabilidad de ocurrencia o de mantención de la conducta de consumo de drogas. Se distinguen factores de riesgo en distintos ámbitos y contextos: individual, interpersonal, escolar, laboral, comunitarios, social, etc.

- A nivel del individuo, se trata de características de la persona (incluidas las biológicas y psicológicas, como las motivaciones, las actitudes, habilidades sociales, entre otras) que lo hacen proclive al consumo;
- A nivel interpersonal, las relaciones con personas y grupos que consumen drogas;
- A nivel social: las normas de uso, los significados asociadas al consumo de drogas, la valoración del uso, la disponibilidad.

Se deben distinguir también factores relacionados con las características de las drogas, que determinan con qué rapidez puede desarrollarse la adicción (tipos de drogas, tiempo de consumo, cantidad, frecuencia de administración).

Intervención breve (brief intervention): Estrategia terapéutica en la cual se ofrece un tratamiento estructurado de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva o (con menor frecuencia) a resolver otros aspectos de su vida. Está dirigida especialmente a los médicos generales y otros profesionales sanitarios de atención primaria. Hasta la fecha, la intervención breve —denominada a veces intervención mínima— se ha aplicado fundamentalmente a los métodos para dejar de fumar y al tratamiento del consumo perjudicial de alcohol.

Intervención precoz (early intervention). Estrategia terapéutica que combina la detección precoz del consumo de riesgo o perjudicial de sustancias y su tratamiento. Se ofrece o se proporciona tratamiento antes de que el paciente acuda al médico por voluntad propia y, en muchos casos, antes de que sea consciente de que el consumo de sustancias podría causarle problemas. Está dirigida especialmente a personas que no han desarrollado dependencia física ni complicaciones psicosociales importantes.

Intoxicación. Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las alteraciones están relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y con las respuestas aprendidas a dicha sustancia, y desaparecen con el tiempo; la recuperación es completa, salvo cuando se han producido lesiones tisulares u otras complicaciones. El término se utiliza sobre todo en relación con el consumo de alcohol: el sinónimo en lenguaje coloquial es “borrachera”. La intoxicación alcohólica se manifiesta con signos como rubor facial, habla farfullante, marcha inestable, euforia, aumento de la actividad, locuacidad, alteración de la conducta, lentitud de las reacciones, alteración del juicio y descoordinación motriz, pérdida del conocimiento o estupefacción.

Medicamento. Sustancia obtenida a través de los canales farmacéuticos Por Ej.: fabricado por la industria farmacéutica o preparado por un farmacéutico. La terminología de este sector divide los medicamentos en dos grupos: medicamentos éticos que sólo pueden adquirirse mediante prescripción médica y medicamentos OTC o medicamentos de libre dispensación, sobre los que se puede realizar actividades de promoción dirigidas al público y que no están sujetos a prescripción médica. La lista de medicamentos que requieren prescripción médica varía enormemente de un país a otro; en los países industrializados la mayoría de los medicamentos psicoactivos únicamente pueden adquirirse con receta. En tales países, la cafeína, los antihistamínicos, la codeína (un opiáceo) y el alcohol son los principios activos psicoactivos más frecuentes que forman parte de los medicamentos OTC o medicamentos de libre dispensación.

Nicotina (Tabaco- Cigarrillo) Alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y relajantes. Produce un efecto de alerta en el electroencefalograma

y, en algunas personas, eleva la capacidad de concentración. En otras, reduce la ansiedad y la irritabilidad. La nicotina se consume en forma de humo de tabaco inhalado, “tabaco sin humo” (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos.

La nicotina desarrolla tolerancia y dependencia considerables. Debido a su rápido metabolismo, la concentración cerebral de nicotina disminuye con rapidez y el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior.

Pasta Base de Coca (Pasta Base) Producto obtenido de las hojas de la coca durante el primer paso del proceso de extracción de la cocaína. Contiene sulfato de cocaína al 50%-90% e impurezas tóxicas, tales como queroseno y ácido sulfúrico. Se fuma en Sudamérica con marihuana, con tabaco o sola.

Policonsumo de drogas (politoxicomanía). Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga. El término se usa también de forma más general para designar el consumo no relacionado de dos o más sustancias por la misma persona. Tiene una connotación de consumo ilegal, si bien el alcohol, la nicotina y la cafeína son las sustancias usadas con más frecuencia en combinación con otras.

Programa de asistencia al empleado (PAE) (employee assistance programme (EAP)) Programa basado en el empleo que permite el tratamiento de un problema relacionado con el alcohol o las drogas, o de otro trastorno mental, detectado a partir del rendimiento laboral o en una prueba de detección de drogas. El término sustituyó al de alcoholismo industrial (programa de alcoholismo ocupacional) que se implantó en los años setenta para ampliar el foco de interés adoptando un enfoque más general dirigido a “trabajadores con problemas”. Por regla general, el PAE se ofrece como alternativa al despido u otra sanción por una falta cometida una o varias veces.

El término nació en EEUU, pero actualmente su uso está más extendido.

Psicotrópico. En su acepción más general, término que significa lo mismo que “psicoactivo”, es decir, que afecta a la mente o a los procesos mentales. En sentido estricto, una sustancia psicotrópica es cualquier sustancia química que ejerce sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Algunos autores aplican el término a los medicamentos que se utilizan fundamentalmente en el tratamiento de los trastornos mentales: ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, antimaníacos y neurolépticos. Otros utilizan este término para referirse a las sustancias que tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conciencia o ambos: estimulantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol), etc.

Reducción de daños (harm reduction) En el contexto del alcohol y otras drogas, expresión que describe las políticas o los programas que se centran directamente en reducir los daños derivados del consumo de alcohol o drogas. Se utiliza especialmente para referirse a las políticas o programas que intentan reducir los daños sin afectar necesariamente al consumo de drogas subyacente; podemos citar, a título de ejemplo, el intercambio de agujas y jeringuillas para contrarrestar el uso compartido de agujas entre los heroinómanos o la instalación de airbag en los automóviles para reducir las lesiones en los accidentes de tráfico, especialmente, los provocados por la conducción bajo los efectos del alcohol. Por tanto, las estrategias de reducción de daños tienen un mayor alcance que el binomio de reducción de la oferta y reducción de la demanda.

Rehabilitación. En el campo del consumo de sustancias, proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

Síndrome de abstinencia (withdrawal síndrome). Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado o/y en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

Sobredosis. Consumo de cualquier droga o medicamento en una cantidad que provoca efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis intencionada es una forma habitual de suicidio o tentativa de suicidio. En cifras absolutas, son más frecuentes las sobredosis de drogas legales que las de drogas ilegales. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte; la dosis mortal de una sustancia concreta varía en cada persona y según las circunstancias.

Tolerancia. Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional.

Tranquilizante. Medicamento con efectos calmantes; término general que designa varios grupos de medicamentos empleados en el tratamiento sintomático de diversos trastornos mentales. El término puede usarse para diferenciar entre estos medicamentos y los sedantes/hipnóticos: los tranquilizantes tienen un efecto calmante o amortiguador sobre los procesos psicomotores sin afectar —excepto cuando se usan en dosis altas— a la conciencia ni al pensamiento.

El término tranquilizante se usa hoy en día para referirse sobre todo a los medicamentos utilizados para tratar los trastornos de ansiedad, como sinónimo de “tranquilizantes menores”. Este último término se introdujo para distinguir a estos medicamentos de los “tranquilizantes mayores” (neurolépticos), empleados para el tratamiento de los trastornos psicóticos. No obstante, se ha dado por supuesto, incorrectamente, que el término “tranquilizantes menores” indica la ausencia de efectos nocivos importantes. Lo mejor es evitar el uso de este término, dado el potencial de dependencia de estos medicamentos.

Unidad de bebida estándar (standard drink). Volumen de alcohol que contiene aproximadamente la misma cantidad (en gramos) de etanol, sea cual sea el tipo de bebida (p. ej., un vaso de vino, una lata de cerveza o un combinado). El término se usa a menudo para enseñar a los bebedores que el consumo de diferentes bebidas alcohólicas servidas en copas o envases de tamaño estándar se asocia a efectos parecidos (p. ej., un vaso de cerveza tiene los mismos efectos que una copa de vino). En el Reino Unido, se usa el término “unidad”, considerando que una unidad de una bebida alcohólica contiene aproximadamente 8-9 gramos de etanol, mientras que, en la bibliografía estadounidense, “una bebida” contiene unos 12 gramos de etanol. En España la unidad de bebida standard equivale a 10g. de etanol. En otros países, la cantidad de alcohol elegida para aproximarse a una unidad de bebida estándar puede ser mayor o menor, en función de las costumbres locales y la presentación de la bebida.

Uso recreativo. Consumo de una droga, normalmente ilegal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas. Los autores que pretenden definir como problemático cualquier tipo de consumo de drogas ilegales desaprueban este término. Asimílese al concepto de bebedor social.

BIBLIOGRAFIA

Ansoleaga Moreno, Elisa; Toro, Juan Pablo. Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. Salud de los Trabajadores, vol. 18, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 7-16 Universidad de Carabobo Maracay, Venezuela.

Asociación Chilena de Seguridad ACHS, A. C. de S., Salud, G. de, & Unidad Programa de Prevención de tabaco, alcohol y D. (2012). Informe Estudio. https://www.achs.cl/portal/centro-de noticias/Documents/VI%20ESTUDIO%20ALCOHOL%20Y%20DROGAS%20TRABAJADORES.pdF

Barrio, P., Reynolds, J., García-Altés, A., Gual, A., & Anderson, P. (2017). Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. Drug and Alcohol Review, 36(5), 578–588

Baldwin, PJ; Dodd, M .; Rennie, JS Trabajo de dentistas jóvenes, riqueza, salud y felicidad. Br. Mella. J. 1999 , 186 , 30-36.

Bildt, C .; Michelsen, H. Diferencias de género en los efectos de las condiciones laborales en salud: seguimiento a 4 años. En t. Arco. Ocupar Reinar. Salud 2002 , 75 , 252-258.

Cámara Chilena de la Construcción. Mutual de Seguridad. (n.d.). Guía Prevención de Alcohol y Drogas para empresas constructoras. https://www.mutual.cl/portal/wcm/connect/1670ec17-b162-46a9-a33b-5fbf64ce6a61/guia-consumo-de-alcohol-y-drogas-ok-11-version-final.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mGf2SlP&CVID=mGf2SlP

Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. D. Hawkins (Ed.), Cambridge criminology series. Delinquency and crime: Current theories (p. 149–197). Cambridge University Press. https://psycnet.apa.org/record/1996-98939-004

Colimon, K.-M. (2015). Fundamentos de Epidemiología. In Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. https://hdoa.hawaii.gov/wp-content/uploads/2016/02/StateAgLandUseBaseline2015.pdf

Compton, R. P. & Berning, A. (2015). Drug and alcohol crash risk. (Traffic Safety Facts Research Note. DOT HS 812 117). Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.dot.gov/files/812117-drug_and_alcohol_crash_risk.pdf

CONACE. (2002). Manual de Prevención del consumo de Drogas en el mundo laboral. Disponible en bibliodrogas SENDA formato físico.

CONASET (2019). Diagnóstico de Siniestros de Tránsito en Chile. https://www.conaset.cl/wp-content/uploads/2020/06/Chile-20191.pdf

Crum, RM; Muntaner, C .; Eaton, WW; Anthony, JC El estrés laboral y el riesgo de abuso y dependencia del alcohol. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1995 , 19 , 647-655.

DAK Gesundheitsreport, (2009). IGES Instituthttps://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6064/e6199/e9682/e9684/attr_objs9687/DAK_Gesundheitsreport_2009_ger.pdf

D.M. Bush and R.N. Lipari. The CBHSQ Report: Substance Use and Substance Use Disorder, by Industry. (April 16, 2015). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Rockville, MD https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_1959/ShortReport-1959.html

Dejours, C. (1992). Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo. Buenos Aires: CREEDLA-Humanitas.

Driscoll, Tim, S. of, & Public Health, University of Sydney, S. D. dissertation. (2003).. The epidemiology of work-related fatal injury in Australia. School of Public Health, University of Sydney, Sydney. Doctoral dissertation. August. https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/1087/01front.pdf;jsessionid=4A40335752455AFD327CD06A57C02D8F?sequence=1

Encuesta nacional de condiciones de empleo, trabajo y salud, ENETS (2011). Ministerio Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral. https://www.dt.gob.cl/portal/1629/articles-99630_recurso_1.pdf

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España EDADES, (2015). Sobre Consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf

Escudos, M. Larga jornada laboral y salud. Health Rep. 1999 , 11 , 33-48 (inglés); 37-55 (Fre).

Erin E. Beasley, M.A. Douglas J. Beirness, Ph.D. Amy J. Porath-Waller, Ph.D., A Comparison of Drug- and Alcohol-involved Motor Vehicle Driver Fatalities. Canadian Centre on Substance Abuse (2011).

European Foundation for the Improvement of living and working Conditions. EUROWORK (2012). Use of alcohol and drugs at the workplace. https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/use-of-alcohol-and-drugs-at-the-workplace

Facultad de Medicina, Departamento de Salud pública, P. (2018). Estudio del costo económico y social del consumo de alcohol en chile. https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualización-2018_Informe.pdf

Fernández, J. (2015). Informe ejecutivo sobre consumo de alcohol, drogas y otras sustancias en el ámbito laboral. https://contenidos.ceoe.es/CEOE/var/pool/pdf/publications_docs-file-228-informe-ejecutivo-sobre-el-consumo-de-alcohol-drogas-y-otras-sustancias-en-el-ambito-laboral.pdf

Flores Hernández, Corina, Huerta Franco, María Raquel, Hernández, Joel, Páramo, Daniel, & Morales, Ismael. (2013). Prevalencia de Alcoholismo en Trabajadores de la Industria del Cuero-Calzado y su Asociación con el Nivel de Desestrés. Ciencia & trabajo, 15(47), 67-75.

Fransson, E. I., Hamer, M., … Kivimäki, M. (2015). Long working hours and alcohol use: Systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. BMJ (Online), 350(January), 1–14. https://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.g7772.full.pdf

Frone, M. R. (2006). Prevalence and distribution of illicit drug use in the workforce and in the workplace: Findings and implications from a U.S. National Survey. Journal of Applied Psychology, 91, 856-869.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524577/pdf/nihms-406949.pdf

Frone, M. R. (2006). Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: A U.S. National Survey. Journal of Studies on alcohol, 76, 147-156. https://www.researchgate.net/publication/7242708_Prevalence_and_distribution_of_alcohol_use_and_impairment_in_the_workplace_a_US_National_Survey

Fundación Emilia (2016) Estudio sobre Cuantificación de fallecidos en Siniestros Viales.http://www.fundacionemilia.cl/fundacion-emilia-lanza-estudio-sobre-cuantificacion-de-fallecidos-en-siniestros-viales/

Gates, P. (2013) Impact of substance use on the Australian workforce. Journal of Addiction and Prevention. https://www.avensonline.org/wp-content/uploads/JAP-2330-2178-01-0006.pdf

Gimeno, D .; Amick, BC, III; Barrientos-Gutierrez, T .; Mangione, TW Organización del trabajo y beber: una comparación epidemiológica de dos modelos de exposición laboral psicosocial. En t. Arco. Ocupar Reinar. Salud 2009 , 82 , 305-317.

Global Partners. (2018). ¿Su empresa da positivo? https://drugfreeworkplace.cl/wp-content/uploads/2018/12/Sexto_Estudio_2018_DrugFree_FinalHD.pdf

Gómez, M. T., Del Río, M. C., & Álvarez, F. J. (2002). Alcohol y accidentes laborales en España : revisión bibliográfica , 1995-2001 Alcohol and work accidents in Spain : bibliography review ,. 4(4), 244–255. https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13041851

Grunberg, L .; Moore, S .; Greenberg, ES Estrés laboral y comportamiento problemático con el alcohol: una prueba de el modelo de desbordamiento. J. Organ. Behav. 1998 , 19 , 487-502.

Grupo Atra. Serra Pallisa, J. (2018). El alcohol y otras drogas en el ámbito laboral. https://prevencion.asepeyo.es/wp-content/uploads/LIBRO-CASTELLANO_ALCOHOL-Y-DROGAS-2018-02-web.pdf

Head, J.; Stansfeld, SA; Siegrist, J. El entorno laboral psicosocial y la dependencia del alcohol: un estudio prospectivo. Ocupar Reinar. Medicina. 2004 , 61 , 219-224.

Health Canada. Health Act Annual Report (2015-2016). https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2015-2016.html

Heikkilä, K., Nyberg, S. T., Fransson, E. I., Alfredsson, L., de Bacquer, D., Bjorner, J. B., Bonenfant, S., Borritz, M., Burr, H., Clays, E., Casini, A., Dragano, N., Erbel, R., Geuskens, G. A., Goldberg, M., Hooftman, W. E., Houtman, I. L., Joensuu, M., Jöckel, K. H., … Kivimäki, M. (2012). Job strain and alcohol intake: A collaborative meta-analysis of individual-participant data from 140 000 men and women. PLoS ONE, 7(7), 1–7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040101

Hemmingsson, T.; Ringback, WG Utilización hospitalaria relacionada con el alcohol y mortalidad en diferentes ocupaciones en Suecia en 1991-1995. Scand. J. Entorno de trabajo. Salud 2001, 27 , 412-419.

Hemmingsson, T; Lundberg, I. Control laboral, demandas laborales y apoyo social laboral en relación al alcoholismo entre los hombres jóvenes. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1998, 22 , 921-927.

Head, J.; Stansfeld, SA; Siegrist, J. El entorno laboral psicosocial y la dependencia del alcohol: un estudio prospectivo. Ocupar Reinar. Medicina. 2004, 61 , 219-224.

Hemmingsson, T.; Lundberg, I.Control laboral, demandas laborales y apoyo social laboral en relación al alcoholismo entre los hombres jóvenes. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1998, 22 , 921-927.

Instituto de Salud Pública. (2013). Guía para la identificación y evaluación de riesgos de seguridad en los ambientes de trabajo. En Instituto de Salud Pùblica de Chile.

Lalonde, M. (1974). Social Values and Public Health. Canadian Journal of Public Healt, 65(4), 265–268.

Lalonde, M. (1977). The physician and health promotion. Canadian Medical Association journal, 116(9).

Joan K. Morris, Derek CGCok, A GeraldSaper. Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight. (1992) BMJ Clinical Research 304(6826):536-41

Marchand, A. Uso y abuso de alcohol: ¿cuáles son las contribuciones de la ocupación y el trabajo? condiciones de la organización? BMC Public Health 2008, 8, 333.

Marchetti, N. (2013). Elaboración de un mapa de riesgos en materia de uso de drogas en el mundo del trabajo formal en Chile.Informe Final Proyecto de Investigación P0084.

Marchand, A., Parent-Lamarche, A., & Blanc, M. È. (2011). Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. International journal of environmental research and public health, 8(7), 2692–2705. https://doi.org/10.3390/ijerph8072692

Meister, S.R. (2018). A Review of Workplace Substance Use Policies in Canada: Strengths, Gaps and Key Considerations. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Workplace-Substance-Use-Policies-Canada-Report-2018-en_0.pdf

Moore, S .; Grunberg, L .; Greenberg, E. Una exploración longitudinal del uso y los problemas del alcohol comparando hombres y mujeres gerenciales y no gerenciales. Adicto. Behav. 2003 , 28 , 687-703.

Mutua Navarra. (n.d.). Recomendaciones para una empresa saludable. https://www.mutuanavarra.es/empresa-saludable/guias-saludables/

Observatorio Chileno de Drogas. (2019). Décimo Tercer Estudio Nacional De Drogas En Población General De Chile. (2018). https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf

Ochoa Mangado, E., & Madoz Gúrpide, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Medicina y Seguridad Del Trabajo, 54(213), 25–32. http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n213/original1.pdf

Ocupar Reinar. Salud 2009 , 82 , 305-317.

Olavarría Gambi, M., Acevedo Valenzuela, S., Andrade Guzmán, C., & Pino Alarcón, J. (2008). COSTOS HUMANOS, SOCIALES Y ECONOMICOS DE LAS DROGAS EN CHILE. http://www.cicad.oas.org/oid/new/research/Costs/CONACE%20Costos%20Alcohol%20y%20Drogas%20VFinal%202.3.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. In Gestión de las Personas y Tecnología (Vol. 9, Issue 25). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2012). SOLVE, Guía del formador. http://www.herramientasoit.org/_lib/file/doc/manualsolve.pdf

Organización Internacional del Trabajo. (2019). Seguridad y salud laboral de los trabajadores jóvenes en Uruguay. http://www.ghbook.ir/index.php?name=مجموعه مقالات دومین هم اندیشی سراسری رسانه تلویزیون و سکولاریسم&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13629&page=108&chkhashk=03C706812F&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component

Ostry, A .; Maggi, S .; Tansey, J .; Dunn, J .; Hershler, R .; Chen, L .; Hertzman, C. El impacto de Experiencia laboral psicosocial y física sobre salud mental: un estudio de casos y controles anidado. Poder. J. Comun. Ment. Salud 2006, 25 , 59-70.

Park H, Jung HS. Health behaviors by job stress level in large-sized company with male and female workers. J Korean Acad Nurs. 2010;40(6):852-62.

Parker DA, Parker ES, Harford TC, Farmer GC. Alcohol Use and Depression Symptoms among Employed Men and Women. Am. J. Public Health. 1987;77:704–707

Parra, M. (2001). Salud Mental y Trabajo. Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental. Santiago: Universidad de Santiago de Chile. Extraído el 5 Enero, 2010 de la siguiente dirección electrónica: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/saludmentaltrabajo.pdf.

Parra, M. (2004). Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. Ciencia y Trabajo, 14(6), 153-61.

Pérez Valencia, I. (2002). AUSENTISMO LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Puesta Al Día En Urgencias, Emergencias y Catástrofes, 3(1), 2–3. https://www.academia.edu/14635833/AUSENTISMO_LABORAL_Y_SU_RELACIÓN_CON_EL_CONSUMO_de_alcohol_y_otras_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS

Pérez Bilbao, J., & Nogareda Cuixart, C. (2012). NTP 926 Factores psicosociales: metodología de evaluación Clotilde Nogareda Cuixart. Insht, 1–6. https://www.insst.es/documents/94886/326879/926w.pdf/cdecbd91-70e8-4cac-b353-9ea39340e699

Pérez, Augusto; Wilson, Ernesto; Valencia, Juan (2003) "Estudio sobre los Costos Humanos, Sociales y Económicos de las Sustancias Psicoactivas". Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. CICAD/OEA

Pérez Hidalgo, I. (2002). AUSENTISMO LABORAL Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Puesta al Dia en Urgencias, Emergencias y Catastrofes, 3(1), 2–3. https://doi.org/10.2307/j.ctvm203p6.7

Pidd, K., Shtangey, V., Roche A.M. (2008). Drug use in the Australian workforce: Prevalence, patterns, and implications. Findings from a secondary analysis of 2004 NDSHS data. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, Adelaide, South Australia. http://nceta.flinders.edu.au/files/8212/6317/9671/EN404.pdf

Pidd, K., Australia. Dept. of Health and Ageing., Flinders University. Research Centre for Injury Studies., National Centre for Education and Training on Addiction (Australia), & Australian Institute of Health and Welfare. (2006). Alcohol and work: patterns of use, workplace culture and safety / Ken Pidd ... [et al]. In Injury research and statistics series. http://nceta.flinders.edu.au/files/4912/7200/2031/EN422%20Roche%20%20Pidd%202010.pdf

Ramchand, R., Pomeroy, A., Arkes, J. The Effects of Substance Use on Workplace Injuries (2009). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108415.pdf

Richman, JA; Rospenda, KM; Flaherty, JA; Freels, S. Acoso laboral, afrontamiento activo, y resultados relacionados con el alcohol. J. Subst. Abuso 2001 , 13 , 347-366.

Richter, K., Peter, L., Rodenbeck, A., Weess, H. G., Riedel-Heller, S. G., & Hillemacher, T. (2020). Shiftwork and Alcohol Consumption: A Systematic Review of the Literature. European Addiction Research, 1–7. https://doi.org/10.1159/000507573

Rospenda, KM; Richman, JA; Wislar, JS; Flaherty, JA Crónica del acoso sexual y abuso generalizado en el lugar de trabajo: efectos sobre el consumo de alcohol. Adicción 2000, 95 , 1805-1820.

Rospenda, KM; Fujishiro, K .; Shannon, CA; Richman, JA Acoso laboral, estrés y comportamiento de bebida a lo largo del tiempo: diferencias de género en una muestra nacional. Adicto. Behav. 2008, 33 ,964-967.

Road Safety Annual Report (2019), Australia. International Transport Forum/OECD 2019. https://www.itf-oecd.org/sites/default/files/australia-road-safety.pdf https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011_CCSA_Drug-and_Alcohol-Involved_Motor_Vehicle_Driver_Fatalities_en.pdf

Roman, P. M., & Blum, T. C. (2002). The workplace and alcohol problem prevention. Alcohol Research and Health, 26(1), 49–57. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683807/

Rodríguez, J., Fernández, A. M., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S., Ramírez, R., Valenzuela, C., & Cardemil, S. (2009). Estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de enseñanza básica, a través de la metodología de pares. Revista Medica de Chile, 137(6), 774–784. https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000600007

San, JB; van de Mheen, H .; van Oers, JA; Mackenbach, JP; Garretsen, HF Trabajo adverso condiciones y consumo de alcohol en hombres y mujeres. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2000 , 24 , 1207-1213

Santibánez Lara, Ibcia; Sánchez Vega, Jorge. Jornada laboral, flexibilidad humana en el trabajo y análisis del trabajo pesado.2007

SENDA. (2017). Trabajar con calidad de vida. Manual de implementación. http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/PREVENCION_CL_6855.PDF

Silva Bustos, H., Lefio Celedón, Á., Marchetti Pareto, N., & Benoit Marchetti, P. (2014). Riesgos Psicosociales en Conductores de Transporte de Carga y Pasajeros Urbanos e Interurbanos, y su Asociación con la Autopercepción de Salud y Siniestralidad Laboral. Ciencia & trabajo, 16(50), 67–74. https://doi.org/10.4067/s0718-24492014000200002

Soltero, E. Profil Canadien. L'alcool, le tabac et les autres Drogues ; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale: Ottawa, Canadá, 1999

Spurgeon, A .; Harrington, MJ; Cooper, CL Problemas de salud y seguridad asociados con largos Horas de trabajo: una revisión del puesto actual. Ocupar Reinar. Medicina. 1997 , 54 , 367-375.

Sorge, J.T., Young, M., Maloney-Hall, B. et al.,(2020). Estimation of the impacts of substance use on workplace productivity: a hybrid human capital and prevalence-based approach applied to Canada. Can J Public Health 111, 202–211 (2020).https://doi.org/10.17269/s41997-019-00271-8

Superintendencia de Seguridad Social. (2019). Estadísticas de Seguridad Social 2019 Superintendencia de Seguridad Social. Santiago-Chile, 28. http://www.suseso.cl/wp-content/uploads/2015/01/Estadísticas-de-Seguridad-Social-2015.pdf

Trent, 1991, R.B. Trent Emergency room evidence on the role of alcohol intoxication in injury at work in the US. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/092575359190025H.

UGT. (2009). Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales en el sector del Transporte Aéreo. Madrid. http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_transporteaereo/publication.pdf

UNASEV (2019). Informe de Siniestralidad Vial anual, 2019 https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/datos-y-estadisticas/estadisticas/2019-informe-anual-siniestralidad-vial

Valencia J. y Pérez A. (2004). Ausentismo laboral y su relación con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Protocolo), p. 3. https://www.academia.edu/14635833/AUSENTISMO_LABORAL_Y_SU_RELACIÓN_CON_EL_CONSUMO_de_alcohol_y_otras_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS

Vahtera, J .; Poikolainen, K .; Kivimaki, M .; Ala-Mursula, L .; Pentti, J. Ingesta de alcohol y ausencia por enfermedad: una relación curvilínea. A.m. J. Epidemiol. 2002 , 156 , 969-976.

Vezina, M. (2007, Agosto). Las exigencias psicosociales vinculadas a la organización del trabajo. Ponencia presentada en Seminario Internacional Investigación, políticas y prácticas asociadas a problemas de salud mental y trabajo en Chile: una perspectiva de género, Santiago, Chile.

Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Madsen, I. E. H., Lallukka, T., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G. D., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Erbel, R., Ferrie, J. E., Virtanen, P .; Vahtera, J .; Broms, U .; Sillanmaki, L .; Kivimaki, M .; Koskenvuo, M. Empleo trayectoria como determinante del cambio en el estilo de vida relacionado con la salud: el estudio prospectivo HeSSup. EUR. J. Salud pública 2008 , 18 , 504-508.

Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Madsen, I. E. H., Lallukka, T., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G. D., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Erbel, R., Ferrie, J. E., Fransson, E. I., Hamer, M., … Kivimäki, M. (2015). Long working hours and alcohol use: Systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. BMJ (Online), 350(January), 1–14. https://doi.org/10.1136/bmj.g7772

Watt, K., Purdie, D.M., Roche, A.M., & McClure, R.J. 2004, 'Risk of injury from acute alcohol consumption and the influence of confounders', Addiction, vol. 99, pp. 1262-1273. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2004.00823.x?sid=nlm%3Apubmed

Zins, M .; Carle, F .; Bugel, I .; Leclerc, A .; Orio, DF; Goldberg, M. Predictores de cambio en consumo de alcohol entre los franceses de la cohorte del estudio GAZEL. Adicción 1999 , 94 ,385-395.