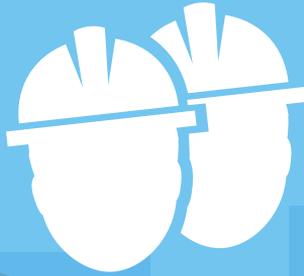
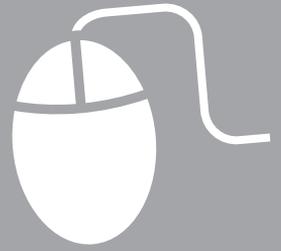


Consumo problemático de drogas con impacto en el ámbito laboral



Ministerio de
Trabajo, Empleo
y Seguridad Social



Consumo problemático de drogas con impacto en el ámbito laboral



Ministerio de
Trabajo, Empleo
y Seguridad Social

■ Staff

Producción de contenidos

Subsecretaría de Relaciones Laborales

Producción gráfica

Área de Diseño Gráfico

Estilo editorial

Área de Estilo Editorial,
Dirección de Prensa y Comunicaciones

Autoridades

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

Ministro de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Carlos A. Tomada

Jefe de Gabinete

Norberto Ciaravino

Secretaria de Trabajo

Noemí Rial

Subsecretario de Relaciones Laborales

Álvaro D. Ruiz

Coordinadora de Políticas de Prevención de Adicciones y del Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Drogas con Impacto en el Mundo del Trabajo (Co.Pre.Ad)

Lucía García Blanco

Índice

Prólogo	7
Presentación	11
Rol del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en la prevención de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.....	13
Función de la CoPreAd	14
■ Asesoramiento	15
■ Orientación	16
■ Capacitación	16
■ Firma de acuerdos	17
■ Importancia de la inclusión del tema en el convenio colectivo	17

1. La sociedad de consumo

¿Por qué hablamos de sociedad de consumo?	19
El consumo como desvío. Paradigmas y perspectiva relacional	20
Lugares comunes. Derribando mitos. Estereotipos, estigmas y discriminación	20
El consumo de sustancias y su evolución en Argentina	22
Principales modelos que explican el consumo de drogas: estereotipos y representaciones	24
Periodización del consumo en el país	25
Diferentes respuestas frente a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas	29
Bibliografía	32

2. Importancia del mensaje

Las representaciones sociales	34
Uso racional de medicamentos. Influencia de la publicidad en el consumo	38
¿Cómo son presentados en los medios masivos los consumidores de sustancias psicoactivas?	39

3. Psicología del consumo

De la vulnerabilidad personal y el contexto dominante	42
Prevención, un derecho adquirido	43
Niveles de prevención	43
Educación preventiva - participativa	44
¿Qué es un derecho adquirido?	44
¿Qué es una droga o pharmakón?	45
Clasificación	45
Efectos de las drogas sobre el organismo	46
Conductas características de la persona con consumo problemático	48
El consumo como riesgo laboral	55
Prevención en el ámbito laboral (marco legal)	58
Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo	59
Ley de Riesgos del Trabajo	61
En el lugar de trabajo ¿qué hacer?	63
Bibliografía	67

4. Legislación Nacional aplicable

69

ANEXO: LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE ADICCIONES Y TRABAJO

71

Prólogo

*Sólo cuando el Gobierno se desentiende del pueblo es que toda la sociedad empobrece, no sólo económicamente sino moral y culturalmente . **

Néstor Kirchner

El 25 de mayo de 2003 se inaugura en la Argentina un nuevo período democrático y renace un país bajo un signo político que entiende la urgencia en la búsqueda de nuevos paradigmas. Se impone un cambio, una revisión de cuestiones sociales, y de instrumentos a fin de readecuarlos a la realidad. Al asumir su cargo, el presidente Néstor Kirchner subrayó que “Hay que reconciliar a la política, a las instituciones y al Gobierno con la sociedad”, recogiendo de ese modo los reclamos y necesidades de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Respondiendo a este nuevo modelo las políticas públicas recogen las demandas, establecen prioridades y concretizan decisiones que orientan sobre el modelo de Estado. Al dar respuestas permiten apreciar la toma de posición frente a las cuestiones o temas que concitan su interés y cual entiende es su papel en la transformación de los procesos sociales.

Esas políticas públicas son rediseñadas por los diferentes órganos de gobierno, correspondiendo a los Ministerios elaborar planes y estrategias que se adapten a los nuevos postulados, entre los que se encuentra la protección a los trabajadores.

* Discurso de Acto de asunción presidencial ante la Asamblea Legislativa, 25 de mayo de 2003.

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación entiende, entre sus prioridades, alcanzar y mantener niveles adecuados de salud física, mental y social de los trabajadores, tomando en cuenta muy especialmente por lo novedoso del reclamo, los consumos problemáticos de drogas que impactan en el medio laboral y sobre la jornada de trabajo. Por ello, se encuentra abocado a una tarea de promoción, formación y prevención que demanda una serie de medidas específicas y de gran esfuerzo organizativo a las que convoca a las organizaciones sindicales y las entidades empresarias.

El desafío implica implementar medidas inmediatas sobre las consecuencias que el consumo de drogas y sustancias psicotrópicas proyecta sobre el ámbito laboral, coordinando acciones con empleadores, cámaras empresarias, trabajadores y organizaciones gremiales.

Para esa tarea, crea un área específica, la Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones y del Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Drogas con impacto en el Mundo del Trabajo, que responde a la urgencia que impone el considerar y tratar el impacto de los consumos problemáticos de sustancias psicotrópicas y drogas en el ámbito laboral.

Desde el año 2008 viene trabajando con la convicción de entender al sujeto como una unidad que vemos y analizamos en el espacio de su trabajo, sin olvidar esta característica de "Ser único" y recortado dentro de una sociedad que incita al consumo.

Lleva adelante una tarea eminentemente preventiva que comprende la instalación de esta temática y la concientización sobre la importancia de la misma en el convencimiento de que deben revisarse las condiciones y medio ambiente de trabajo, atendiendo a la especificidad de cada actividad y las particularidades de la misma.

De este modo, se aborda con compromiso y responsabilidad un aspecto no tenido en cuenta hasta el presente pero que hoy es una urgencia. Se trabaja la inclusión de esta problemática en el contenido de los nuevos Convenios Colectivos de Trabajo, en tanto instrumento eficaz y propio del ámbito laboral para dar respuestas a las necesidades específicas de trabajadores y empleadores.

La importancia de la temática se expresa en la concreción a la fecha de cuarenta (40) acuerdos celebrados entre empresas y sindicatos por ante este Ministerio y por la inclusión de dicha temática como un Capítulo en el cuerpo del Convenio Colectivo que firmara recientemente TOYOTA ARGENTINA con ASIMRA.

Se responde a la importancia y necesidad del tema planteado reforzando el accionar que desde la Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones y del Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Drogas con impacto en el Mundo del Trabajo se viene sosteniendo, con la elaboración de material de difusión como el presente volumen, que permite acercar la mirada comprometida de este Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación a fin de difundir, informar y concientizar en el convencimiento de que es el Estado el que debe viabilizar los derechos constitucionales de la sociedad, protegiendo, en este caso, a los trabajadores.

Carlos A. Tomada

Ministro de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Presentación

Sabemos que al evaluar los riesgos y peligros, combatirlos de raíz y fomentar una cultura de la prevención, podemos contribuir a reducir considerablemente los casos de enfermedad y lesiones en el lugar de trabajo.¹

El trabajo² es una actividad vital para el hombre que requiere de un esfuerzo físico e intelectual nacido de la propia voluntad de realizarlo. Se actúa con conciencia, con libertad y con inteligencia.

En 1987, la OIT, después de estudiar el consumo de drogas y su impacto en los ambientes de trabajo, realiza una serie de “recomendaciones” a los países miembros, entre las que se destacan:

- Promover la puesta en marcha de políticas de acción y los servicios necesarios para reducir o, eventualmente, erradicar el abuso de drogas y alcohol en el medio laboral y en otros ámbitos.
- Promover el desarrollo de mecanismos de consulta entre organizaciones empresariales y sindicales, para participar en la formulación de estrategias a nivel nacional, organizacional y de empresa, contra el abuso de drogas y alcohol y poner en marcha acciones destinadas a ayudar a aquellos que estén experimentando, o en alto riesgo de experimentar, problemas de abuso de drogas y alcohol.

1. Manual de formación de formadores en prevención laboral en drogodependencia - Organización Internacional del Trabajo (OIT/ Cinterfor/OIT), 2008.

2. <http://www.hfernandezdelpech.com.ar/PUBLICAtrabajosDerechoLaboralPrincipiosProtectorios.html>.

Los programas que se desarrollen deben ocuparse de:

- Respetar la dignidad del trabajador en todo momento, garantizándole confidencialidad.
- Proteger la seguridad en el empleo y los ingresos del trabajador durante el período de tratamiento, del mismo modo que con el resto de los problemas de salud.

Estas recomendaciones fueron acordadas y elaboradas con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una vez dimensionado el problema de consumo de alcohol y drogas en el ámbito laboral y de las consecuencias que conlleva destacando la importancia de implementar programas de prevención. La OMS refiere el consumo de drogas como un problema social complejo. Por otra parte, afecta a la persona en su desempeño, impactando en los diferentes roles que ejerce. El consumo de drogas plantea un tema que no puede dejar de contextualizarse en sociedades organizadas bajo el régimen capitalista en las que se promueve y valora el consumo de todo tipo de objetos y servicios. Desde ese lugar se puede observar el fenómeno como algo que “está”; más allá de qué, cómo y cuánto se consume. Es un síntoma, en el sentido que le da la Real Academia Española como señal, indicio de algo que está sucediendo o va a suceder.

Ese suceder tiene que ver con una forma de vivir en una sociedad industrializada, tecnologizada, en la que a través de los medios masivos de comunicación, sobre todo de internet, se ofrecen productos que “solucionan la vida de las personas”; de aquellos a quienes va dirigido el mensaje en tanto clientes potenciales de todo lo que se presenta como el recurso mágico, ideal, para solucionar lo que está preocupando y se intenta remediar. Sociedad que ofrece otra característica propia de esta época que es la inmediatez de los logros. Hace ya tiempo, Luca Prodan lo sintetizó muy bien al expresar “No sé lo que quiero pero lo quiero ya”.³ La necesidad de conseguir lo que se persigue es muchas veces acuciante y se llega de ese modo a buscar apoyos o soluciones que prometen la felicidad y el éxito urgente cuando en realidad no hacen más que poner en riesgo a la persona, sus logros, sus relaciones y su salud física y mental.

Es necesario poder tomar estos condicionantes generales que operan sobre la persona, en la medida en que ese contexto es determinante y orientará las decisiones que incidirán luego en los diferentes ámbitos de su vida. Impulsar a consumir, convertir al sujeto en consumidor es el objetivo. Para lograrlo trabaja la publicidad, que es la que transforma en productos anhelados,

3. Sumo, “Lo quiero ya”, del disco After Chabón, 1987.

extraordinarios y asombrosos artículos, bebidas, medicamentos, de los que se predica sobre sus bondades sin aclarar en qué condiciones operan como una virtud y en cuáles ocasionan un perjuicio y aun pasan a convertirse en una necesidad que genera dependencia.

El consumo esclaviza cuando no hay noción de límite. El límite como tal evita el exceso; sin embargo el mundo del consumo se apoya en la falta de límites; es el consumir por consumir, y cuanto más, mejor.

Esta conducta se hace evidente por que provoca efectos más allá de los buscados (divertirse, estar despierto, rendir más, evadirse de la realidad cotidiana, etc.) pero aparecen también respuestas no deseadas frente a ese consumo (obnubilación, falta de reflejos, excitación incontrolable o sedación, acostumbamiento y muchas veces dependencia) que llevan a situaciones impensadas como ocasionar accidentes –y lesiones a sí mismos o a terceros–, respuestas violentas que interfieren en la vida social, familiar y laboral, problemas económicos, falta de adaptación, etc.

Ya no se habla de consumos en situaciones de excepción ni de que los mismos son patrimonio de determinados estratos de una sociedad, tampoco se recurre a productos naturales. Las drogas han pasado a convertirse en un producto más de venta en una sociedad de mercado que no distingue.

ROL DEL MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La relación de trabajo consta de dos partes: trabajadora y empleadora. Se presume que la parte débil en la relación es la primera, por consecuencia, el derecho del trabajo –con la ayuda de la mediación del Estado–, tiene la misión de proteger al trabajador tratando de equilibrar la misma.

El consumo indebido y problemático de drogas –tanto legales como ilegales– en el lugar de trabajo o fuera de él, y las posibles consecuencias que esto puede traer a la persona que trabaja, para su familia, la empresa y la sociedad en general, es un problema en los países de nuestra región y en todo el mundo, lo que hace necesario abocarse en acciones de prevención, entre las que la formación ocupa un lugar preponderante.⁴

4. Manual de formación de formadores en prevención laboral en drogodependencia, Organización Internacional del Trabajo (OIT/Cinterfor/OIT), 2008.

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación entiende como prioritario alcanzar y mantener niveles adecuados de salud física, mental y social de los trabajadores. Por ello, junto a las organizaciones sindicales y las entidades empresarias se encuentra abocado a una tarea de promoción, formación y prevención que demanda una serie de medidas específicas y de gran esfuerzo organizativo.

El desafío implica implementar medidas inmediatas sobre el impacto que el consumo de drogas y sustancias psicoactivas proyecta sobre el ámbito laboral, coordinando acciones con empleadores, cámaras empresarias, trabajadores y organizaciones gremiales.

Con este objetivo se creó, el 1 de febrero de 2010, por resolución ministerial N°132, la Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones y del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Drogas con Impacto en el Mundo del Trabajo (CoPreAd). De este modo, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social se compromete a instalar esta problemática en el mundo del trabajo, concientizando sobre la nocividad del uso de este tipo de sustancias, impulsando la creación de programas preventivos en los lugares de trabajo e incorporando el tema en la negociación colectiva de trabajo.

FUNCIÓN DE LA COPREAD

La CoPreAd enfoca el consumo de drogas y sustancias psicoactivas como una problemática social que impacta, entre otros ámbitos de la vida cotidiana, sobre el trabajo.

Lo hace preventivamente a fin de evitar o disminuir riesgos, daños o perjuicios que el consumo problemático de drogas y la exposición a sustancias químicas provoca sobre el organismo de los trabajadores en los ámbitos laborales. Situando la temática en el ambiente propio de cada actividad, desmitificando creencias, desestigmatizando los consumos, orientando sobre medidas preventivas e informando sobre derechos y recursos para trabajar la problemática.

- Revisa las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) dado que las mismas no pueden analizarse como fenómenos aislados, desconectados entre sí y sin relación con el resto de la vida del trabajador.

Para los trabajadores las CyMAT forman un todo; el trabajador percibe y vive la situación de trabajo como la convergencia y el cúmulo de toda una serie de factores que son distinguibles entre sí pero de los que hace un balance único.

Estos diversos factores constituyen un sistema complejo, dado que existen interacciones entre ellos y el efecto global de todos los elementos puede ser superior a la suma de esos elementos constitutivos.

Las normas básicas de seguridad e higiene que determinan las condiciones generales en los lugares de trabajo conforman un conjunto de medidas destinadas a proteger la salud de los trabajadores, disminuir los riesgos profesionales y las enfermedades, prevenir accidentes laborales y promover el cuidado de maquinarias, herramientas y materiales en el trabajo.

- Acerca a las partes en la intención de impulsar el trabajo conjunto de los colectivos laborales (sindicatos y empresas) a fin de: asesorarse, capacitarse, orientarse y firmar acuerdos.

Asesoramiento

La o las partes interesadas al identificar una situación problemática solicitan asesoramiento a fin de implementar medidas acordes a su necesidad:

- a. Establecer estrategias preventivas internas en los lugares de trabajo a fin de evitar los problemas derivados del impacto del consumo de drogas.
- b. Tomar medidas concretas una vez detectado el consumo problemático de drogas o el tráfico dentro de los lugares de trabajo.
- c. Desarrollar prácticas tendientes a disminuir el ausentismo relacionado con consumos episódicos de fines de semana o feriados.
- d. Proteger mejor el ambiente de trabajo y disminuir los riesgos laborales.
- e. En caso de trabajadores que manipulen en sus tareas cotidianas sustancias tóxicas, desarrollar medidas de prevención específicas.

Las medidas de prevención adoptadas en este sentido permitirán, entre otros beneficios para las partes involucradas, mejorar la salud de los trabajadores, disminuir los gastos en tratamientos médicos relacionados a cuadros en que los consumos de drogas son elementos determinantes, impedir la baja de productividad y rentabilidad, y mejorar el clima laboral de la organización.

Se hace necesario conocer el medio en el que se va a trabajar, donde va a desarrollarse la actividad preventiva. Para ello, se debe contar con un relevamiento y diagnóstico actualizado de las características de la empresa y de sus trabajadores en todos los niveles, lo que implica contar con información sobre:

- 1) Particularidades del trabajo.
- 2) Principales características del clima laboral.
- 3) Evaluación de los factores de riesgo y de protección.

Orientación

Se orienta sobre los pasos a seguir a fin de iniciar una tarea preventiva. Esto implica diferentes etapas a fin de introducir el tema, informar y concientizar sobre riesgos.

- Tratar el tema implica presentar las drogas, sus características, efectos posibles y riesgos.
- Abordar mitos y creencias.
- Comprender causas y efectos del consumo de drogas
- Informar sobre los derechos y legislación sobre el tema.

Capacitación

Presentación de nociones básicas y de conocimientos que permiten visibilizar y abordar la problemática en los lugares de trabajo.

Esta capacitación tiene como objetivo sentar las bases del compromiso que se concretará con la instalación de un plan o programa de prevención que cada colectivo trabajador elabore.

Cada capacitación implica una elaboración puntual de material acorde con la actividad, el consumo detectado, la composición del personal sobre el que se va a trabajar (franja etaria, sexos), características de jornadas (rotativas, reducidas), etc. Y el dictado de jornadas de preparación para la iniciación de las acciones.

Firma de acuerdos

Las partes, de común acuerdo o una de ellas en base a su interés o preocupación particular, pueden firmar convenios con o por ante el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Asimismo, pueden comprometerse por ante el Ministerio y convenir obligaciones recíprocas con el objetivo de llevar adelante aquellas medidas necesarias a fin de instalar la temática y adoptar el tratamiento de las mismas.

IMPORTANCIA DE LA INCLUSIÓN DEL TEMA EN EL CONVENIO COLECTIVO

Los convenios colectivos son una fuente normativa típicamente laboral. Las relaciones entre Ley, convenio colectivo y contrato de trabajo están reguladas por los arts. 7 a 9 de la Ley 20744 de Contrato de Trabajo⁵ y por los arts. 7 y 8 de la Ley N° 14250 de Convenciones Colectivas de Trabajo.

El impacto ocasionado por el consumo de drogas y sustancias psicotrópicas es un tema de gran importancia para el desempeño de la jornada laboral que es conveniente incluir en la discusión previa a la modificación de los Convenios Colectivos. Éstos son una herramienta fundamental ya que en él se hallan representados los actores del mundo del trabajo (trabajadores, empleadores y Estado) y se regulan todos los aspectos de la relación laboral.

5. Art. 7 Condiciones menos favorables. Nulidad – Art. 8 – condiciones más favorables provenientes de convenciones colectivas de trabajo – Art. 9 Principio de la norma más favorable al trabajador.

¿Por qué hablamos de sociedad de consumo?

En la actualidad nos referimos a nuestra sociedad como sociedad de consumo. Lo que la define y caracteriza es la acumulación o compra de bienes o servicios considerados no esenciales que otorgan status, prestigio y riqueza que es equiparada con la satisfacción personal, en el marco de un sistema político y económico que promueve dicha adquisición.

Hemos sido socializados en el consumo como modo de satisfacción de nuestros deseos y necesidades. Siguiendo a Bauman (2007), nos encontramos en el final de un proceso que produjo el pasaje de una sociedad de productores a una de consumidores, lo cual significó múltiples y profundas transformaciones. La principal es formar consumidores dispuestos a ser seducidos constantemente por ofertas del mercado que creen que son ellos mismos quienes juzgan, critican y eligen.

Centrándonos en los consumos de sustancias psicoactivas, encontramos que estas sustancias funcionan como un bien de consumo más que se ofrece y facilita a las personas. La facilidad de obtención conformada por productos de diferente precio y calidad sumados a la complejidad de la vida actual lleva a que algunas personas consuman drogas en forma excesiva y perjudicial al punto de no poder manejar sus vidas. En este sentido, nuestra pregunta como colectivo social debiera apuntar más a las motivaciones de ese consumo excesivo que a las características de las sustancias, ya que lo problemático es el vínculo que se establece con la sustancia y no la sustancia en sí misma.

El consumo como desvío. Paradigmas y perspectiva relacional

El uso abusivo de sustancias psicoactivas resulta una temática compleja en tanto su análisis, comprensión y abordaje requieren tomar en consideración la multiplicidad de formas que pueden asumir los elementos que forman parte de la misma, entre ellos: representaciones sociales, prácticas individuales y colectivas, sujetos, sustancias, contextos socioeconómicos, políticos, culturales e ideológicos en los que dicho uso se lleva a cabo.

En este sentido es que consideramos que el abordaje debe tener presente una perspectiva relacional (sujeto, sustancia, medio). Lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe. “La droga” no existe como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso, las que no siempre responden a los estereotipos que circulan tanto en los discursos formales como en los del sentido común.

En la sociedad occidental actual el consumo de drogas es concebido como un “problema”; la respuesta más frecuente durante mucho tiempo ha sido el disciplinamiento social. Cada sociedad establece sistemas legales integrados por normas y leyes muchas veces transgredidas y violadas por parte de algunos individuos. Desde la sociología se caracteriza esta violación de las normas sociales como desviación. Sin embargo, es importante resaltar que lo que es caracterizado como desviación en un momento histórico puede no serlo en otro, con lo cual se entiende que las “conductas desviadas” son relativas, cambiantes y propias de cada sociedad.

Lugares comunes. Derribando mitos. Estereotipos, estigmas y discriminación

Este disciplinamiento social que busca corregir el desvío se tradujo en la estigmatización y la discriminación de las personas que llevan a cabo dichas prácticas.

En la base de ambos conceptos está el de estereotipos sociales, que alude a las creencias que son compartidas por los miembros de una cultura. Estas creencias llevan a adjudicar ciertos atributos a un determinado grupo social, y si esta caracterización está ligada a evaluaciones negativas estamos en presencia de un prejuicio.

La estigmatización a la que se hace referencia es el proceso por el que los atributos negativos adjudicados a una persona o un grupo quedan fijados a su identidad como estables e inmutables, padeciéndolos los imputados como una carga difícil de sobrellevar. Cuando la estigmatización y el prejuicio implican la adopción de conductas de rechazo hacia grupos sociales específicos, en diferentes matices y dimensiones, hablamos de discriminación.

Estos conceptos son necesarios al analizar la reacción social frente al consumo de drogas. Una serie de “lugares comunes” en los discursos sobre las drogas muestra los estereotipos ligados al consumo, por ejemplo:

- Cuando se habla de “la droga” como causa de muchos de los males sociales se está concibiendo a una sustancia, es decir, a una “cosa”, como protagonista de un proceso, sin advertir que el consumo de drogas es consecuencia de una serie de influencias que pueden llevar a que las personas incurran en esa práctica. Por otra parte, hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.
- Cuando se habla del “flagelo” de la droga se establece una relación entre el castigo divino por un lado, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que “combatirlo” con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este “mal”.
- Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se limita el análisis del tema a la adopción de un comportamiento específico por parte de un grupo etario, ocultándose las raíces sociales que están influyendo para que ese grupo adopte tales conductas. Se niega así la responsabilidad de los adultos en la construcción del mundo que se les ofrece a los jóvenes, parte de los cuales pueden no encontrar cabida en él y, asimismo, se ocultan los consumos de drogas que llevan a cabo los adultos.
- Cuando se habla de la “escalada del consumo de drogas” se introduce un esquema determinista y unicausal, irreversible, en el que nuevamente “la droga” es el agente activo. En ese modelo, el sujeto nada puede hacer frente al poder de la sustancia, que lo conduce a consumos cada vez más perjudiciales para sí mismo y para los demás. Siguiendo esta línea de pensamiento, se recorre un camino preestablecido que empieza por el alcohol, sigue con marihuana y termina en las drogas llamadas “duras”, como cocaína y demás, ¿cómo explica este modelo que exista un gran número de personas que toman alcohol, en mayores o menores cantidades, y no “pasan” a otras drogas? Lo mismo se podría aducir con respecto a la marihuana o al éxtasis.
- Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad se establece una relación espuria, como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos. Las dos variables están a su vez, en muchos casos, asociadas con marginalidad. No hay nada que pruebe

que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas incitaran a cometer hechos delictivos, ¿cómo explicar que la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas no cometen crímenes o actos violentos?

Una forma de la discriminación es la estigmatización, que implica las siguientes operaciones:

- **Generalización:** todos los drogadictos son delincuentes.
- **Descalificación:** los consumidores de drogas son vagos e inútiles.
- **Segregación:** es mejor que los usuarios sean reclusos en comunidades aisladas.
- **Irreversibilidad:** “la droga es un viaje de ida”.
- **Quitar derechos:** no vale la pena intentar recuperar a los adictos porque recaen en el hábito o porque no tienen “cura”.
- **Impedir el ejercicio de derechos:** los adictos no pueden tratarse en los servicios de salud comunes.
- **Negar la capacidad de elección de los usuarios:** los adictos no pueden elegir el tratamiento que consideren más apropiado a su estilo de vida porque han perdido la capacidad de discernir entre lo que está bien y lo que está mal.

El consumo de sustancias y su evolución en Argentina

Haciendo historia: cómo el consumo de sustancias psicoactivas fue construyéndose como problemática social

En las sociedades occidentales, recién a partir del siglo XX la drogodependencia es construida como un “problema social” del cual los poderes públicos deben ocuparse. Es así como en 1909 representantes de trece naciones se reúnen en Shangai para establecer las primeras medidas para controlar del tráfico de opio y regular el tránsito considerado para uso médico. Posteriormente, se firmaron en Ginebra una serie de acuerdos para fiscalizar la circulación de estupefacientes.

En 1925, la Segunda Convención Internacional del Opio amplía la esfera de acción pública sobre estos temas, realizando acuerdos tendientes a ocuparse ya no del tráfico sino del consumo de dicha sustancia. Pero recién en 1964 entró en vigencia la Convención Única sobre Estupefacientes, que ordenó la legislación existente, que incluía obligaciones relacionadas con el tratamiento médico y la rehabilitación de toxicómanos.

A principios del siglo XX el conocimiento científico sobre las drogas era escaso y equivocado, lo cual incrementó los estereotipos sociales con respecto a ellas que circulaban en ese momento en la sociedad. La prohibición del uso de las “drogas peligrosas” protegía, o eso se creía, tanto a las personas como a la sociedad.

Existía una incuestionable fe en un Estado fuerte que resolvería el problema. Las políticas prohibicionistas estatales rápidamente tuvieron un intenso anclaje en la sociedad y no hubo ningún sector de la población que opusiera resistencia a este criterio. Nadie cuestionó la primacía y la experticia del Estado para llevar a cabo las políticas de “lucha contra la droga”.

Por el contrario, estudios posteriores, incluyendo definiciones como la de la Organización Mundial de la Salud (1974) y de antropólogos como Menéndez (1990) y Romaní (1999), evidenciaron que las diferentes sociedades humanas conocieron y utilizaron desde siempre distintos productos para estimularse, sedarse, paliar el dolor, experimentar sensaciones placenteras, alterar el estado de ánimo, alucinar, acceder a formas de conocimiento diferentes a las habituales, etc.

A mediados del siglo XX tanto desde la medicina como desde el derecho comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad “antisocial” que provoca una afección bio-psico-social. Algo que hasta ese momento no era concebido como problema social comenzó a serlo.

El argumento sobre la peligrosidad y la amenaza hacia terceros que genera el consumo de drogas fue el más utilizado para justificar los tratamientos que recomendaban los especialistas para los “adictos a las drogas”.

El consumo de drogas se construye como problema a partir de estereotipos. Como plantea Touzé (2006), el primero de ellos se vincula con la arbitrariedad con la que se presenta la definición del concepto de droga, que al no responder a una lógica científica, incluye caprichosamente ciertas sustancias (cocaína, marihuana, éxtasis, etc.) y excluye otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Los fundamentos que se ofrecen no tienen correlato en el daño social, en la nocividad de la sustancia o en la dependencia que ocasionan.

Las acepciones del término “toxicómano”, “adicto”, “drogodependiente” o “drogadicto” también responden a construcciones que varían a lo largo de la historia y que dependen de quien las expresa.

Principales modelos que explican el consumo de drogas: estereotipos y representaciones

MODELOS QUE EXPLICAN EL CONSUMO DE DROGAS: ESTEREOTIPOS Y REPRESENTACIONES

Modelo	Estereotipo	Representación social que construye el modelo
ÉTICO-JURÍDICO	El usuario de drogas es simultáneamente delincuente y víctima.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tránsito de normas – delincuente. ■ Inseguridad, miedo. ■ Usuarios víctimas de la sustancia.
MÉDICO-SANITARIO	El usuario de drogas es un enfermo.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las sustancias alteran y afectan el buen funcionamiento del organismo. ■ El sujeto no puede hacer nada para evitar el consumo. ■ La adicción es un emergente.
PSICO-SOCIAL	El usuario de drogas es un esclavo. Son personas con dificultades de adaptación y maduración.	<ul style="list-style-type: none"> ■ El consumo de drogas es un síntoma que evidencia un malestar psíquico. ■ Falta o mal funcionamiento de una red familiar y social que contenga al usuario.
SOCIOCULTURAL	El usuario de drogas es una víctima (condicionada por su entorno socio-económico).	<ul style="list-style-type: none"> ■ El consumo de drogas implica una evasión de la realidad. ■ El entorno cultural y económico determina los tipos de drogas y las formas de consumo. ■ El uso de drogas ilegales es característico de las sociedades industriales avanzadas. ■ Las desigualdades sociales producen vulnerabilidad en relación con el consumo de drogas.
GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	La oferta (tráfico) y la demanda (consumo) son una unidad indivisible.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Politiza y redimensiona el problema como fenómeno global y como un problema social.

Periodización del consumo en el país

Primera etapa (1965-1975): la marihuana como símbolo de rebeldía

Durante la década de 1960 en el contexto internacional el consumo de drogas comenzó a percibirse como un problema. En este período, en varios países occidentales el uso de drogas ilegales se expandió conjuntamente con ideas y conductas innovadoras que reproducían o imitaban la “contracultura”, las actitudes rebeldes, la superación de barreras y prohibiciones y la ruptura de tabúes.

Los patrones de consumo ilegal de drogas en la Argentina se asociaban prioritariamente a la marihuana y a los alucinógenos. Asimismo surgía un incipiente consumo de drogas obtenidas en farmacias, como barbitúricos y anfetaminas. Para muchos “jóvenes inconformistas” fumar marihuana era un elemento que los hacía sentirse diferentes al resto de la sociedad. Sus historias con el consumo de drogas estaban vinculadas con el deseo de cambiar la sociedad, poder construir algo diferente contra el sistema.

Segunda etapa (1976-1982): las drogas se convierten en un problema social

En el contexto internacional, el consumo de drogas ilegales alcanza el crecimiento más rápido observado hasta el momento, producto del consumo de heroína por vía inyectable.

Esta nueva situación no provocó en sus inicios pánico moral en los sectores dominantes, a pesar de que se trataba de una población con patrones de consumo de drogas ilegales bastante autodestructivos, en cuanto a las formas de consumo y dependencia.

En el ámbito nacional, las sustancias percibidas como “drogas” fueron los alucinógenos –en particular el LSD– y la marihuana. Su consumo seguía asociado a una señal de oposición al orden vigente. La imagen social del consumidor de drogas en nuestro país era la de un sujeto peligroso para la seguridad, un joven contestatario que cuestionaba el orden establecido. Así, el consumo de drogas se volvía un problema social y político (Touzé, 2006).

En este contexto, cualquier intento por “desviar la moral dominante” –patriarcal y machista– sería criminalizado. La psicodelia, el hippismo, la contracultura y las tendencias políticas de izquierda debían ser vigiladas y especialmente castigadas.

Esta etapa se caracterizó por el consumo de fármacos (pastillas, jarabes, etc.), alucinógenos, derivados del opio, marihuana y sal de anfetamina. El consumo de drogas comienza a ser percibido como un grave problema social a partir de la asociación directa entre drogas y

problemas sociales –delincuencia, violencia, inseguridad, marginalidad–. En este sentido, aparece la urgencia de generar nuevas estrategias para abordar el tema y definir el problema, los tratamientos y la prevención. La creciente alarma social en Argentina llevó a requerir de la figura del “experto” en drogas y de instituciones especializadas en esta temática.

Tercera etapa (1983-1991): la cocaína encabeza los consumos

Hacia fines de los '70 en Estados Unidos se acrecienta el uso de cocaína en la población. La incorporación de esta sustancia, producida únicamente en América Latina, delimitó un tipo de discurso en la región que se impuso de la mano de una geopolítica persistente en el continente americano compuesta por tres aspectos principales:

- a. En primer lugar, las constantes crisis económicas que sufre América Latina explican el desarrollo y consolidación de la industria de las drogas, así como también que amplios sectores de la población accedan a dedicarse a actividades ilegales de producción, exportación y circulación de drogas.
- b. El segundo aspecto se asocia directamente a la guerra contra la insurgencia que desató Estados Unidos en todos los países de América Latina, calificándola como un problema de Seguridad Nacional, interpretación que rápidamente fue incorporada de modo acrítico por parte de los países de la región.
- c. La tercera dimensión que se instala en América Latina es la de “guerra contra las drogas” que declara en 1982 Ronald Reagan, presidente de los EE.UU. A pesar de que Argentina no es un país productor, no logra escapar a este discurso. En esta oportunidad el enemigo externo impulsado por los EE.UU. quedará estereotipado en la figura del joven delincuente latinoamericano, principalmente colombiano.

En Argentina, con el regreso de la democracia, el “fenómeno de las drogas” inicia lo que podríamos denominar una tercera etapa que se caracteriza por un aumento del consumo de sustancias en cantidad y variedad, lo que se denomina policonsumo. El consumo endovenoso tímidamente comienza a extenderse, siendo su característica principal los escenarios privados y poco accesibles, aun para los propios usuarios.

El rol del Estado democrático frente a los consumos problemáticos de drogas debía ser diferente. De este modo se produjo un traspaso de la figura del adicto como culpable y delincuente a otra que lo suplantaba y lo definía como enfermo.

La imagen social del usuario de drogas comenzó a distinguir entre el adicto enfermo y el traficante delincuente. Si bien esta concepción comenzaba a diferenciarse de los discursos jurídicos, también facilitó la construcción de otra imagen de los usuarios de drogas como autodestructivos y suicidas en potencia (Touzé, 2006). Las medidas gubernamentales que se tomaron se basaron en la postura abstencionista y represiva, que “demonizaba a la sustancia”.

La cocaína (inhalada) se transformó en “la reina”; se consumía en todos los niveles sociales y dentro de una franja etaria amplia. Esto no significa que en la etapa anterior no hubiera consumo de cocaína, pero en ese momento se masifica.

A mediados de la década del '80 las políticas públicas se sustentaban en dos líneas de trabajo: por un lado, se llevaba a cabo la lucha contra el narcotráfico y por otro, se abordaba la prevención y la reducción de las consecuencias negativas del consumo.

Cuarta etapa (1992-2002): enfermedades y fragmentación de los consumos

En este período se adoptó una política de drogas de “tolerancia cero”. A partir de la aplicación de la ley 23.737, sancionada en 1989, se produjo una demanda considerable de tratamientos por derivación judicial que fue acompañada por el financiamiento del Estado mediante un sistema de becas y la obligatoriedad de cobertura por parte de las obras sociales y las medicinas prepagas.

La oferta asistencial estuvo signada por la norma de abstención del consumo. Sin embargo, se produjo una expansión del uso de drogas ilegales que se vio acompañada por la transformación de estas sustancias en mercancías de consumo de masas.

En Argentina, esta etapa presenta al menos tres acontecimientos que introducen elementos importantes para entender el consumo de drogas a partir de los años '90:

- La aparición del VIH/sida y de la hepatitis C.
- La incorporación de programas preventivos basados en la lógica de la reducción de daños.
- El consumo de drogas de síntesis en espacios recreativos.

Para 1998, el 41% de la población total del país de enfermos de sida eran usuarios de drogas por vía endovenosa. Esta situación contribuyó a reforzar el estereotipo de los usuarios de drogas como personas autodestructivas y no preocupadas por su salud, percepción que se agravaba por la creencia de que ahora también eran “culpables” por diseminar la epidemia del sida.

En cuanto al consumo de alcohol, hasta la década de los '80 se reconoce en nuestro país la cultura permisiva que admitía el disfrute regular con sanción sobre la ebriedad. Los efectos psicoactivos débiles que devenían de este tipo de consumo facilitaban la integración y la solidaridad social, sin dañar la salud del individuo. Este cambio cultural se ve también en el cambio en el consumo, siendo notorio el desplazamiento del patrón tradicional de consumo familiar de vino por el de cerveza, que se quintuplica.

Otro punto relevante en esta etapa es el que denominamos consumo recreativo de drogas de síntesis. Resulta interesante remarcar que en Argentina se consolidaba de manera simultánea, por un lado, un nuevo tipo de consumo que tenía la particularidad de ser recreativo, de permitir la experimentación, especialmente en jóvenes de niveles socio-económicos y de instrucción altos y, por otro lado, se incrementaba el consumo de drogas por vía endovenosa entre los jóvenes urbanos de niveles socio-económicos bajos, con altos niveles de fracaso escolar y dificultades de inserción social. Este fenómeno tiene su correlato en la agudización de las diferencias en la distribución de la riqueza a la que condujo el modelo liberal en muchos países occidentales, lo que llevó a la falta de trabajo, la pobreza extrema y la exclusión social de amplios sectores de la sociedad.

Quinta etapa (2002 hasta la actualidad): nuevas miradas para el abordaje de la problemática y masificación del consumo de drogas

Entre 2001 y 2009 se profundizaron las tendencias de consumos de las últimas décadas:

- Incremento del consumo episódico excesivo en jóvenes.
- Feminización de los consumos de sustancias psicoactivas.
- Aumento de la medicalización de la vida cotidiana.
- Consolidación de dos perfiles muy marcados de consumidores de drogas: los jóvenes de sectores más vulnerables que acceden a drogas baratas y de mala calidad y los jóvenes de sectores sociales medios y altos que consumen mayormente drogas de síntesis.

En relación con el sostenido incremento del consumo de pasta base (paco) se observa que la prevalencia en la población de adolescentes escolarizados, entre 13 y 17 años, es de 1,4% en el año 2005, lo que representa un aumento del 200% respecto de la medición realizada

en el año 2001 (SEDRONAR/OAD, 2006). El dato corresponde a una encuesta realizada con jóvenes escolarizados; sin embargo, el informe del SEDRONAR/OAD titulado “El consumo de pasta base -paco en Argentina, 2006” señala que los niveles más altos de consumo de pasta base se producen entre jóvenes que no permanecen en el sistema educativo. La aparición de la pasta base de cocaína en los asentamientos y barrios pobres del sur del conurbano y sur de la Ciudad de Buenos Aires experimentó una rápida expansión durante la crisis de 2001-2002 y en los años siguientes.

Resulta importante destacar que en las últimas décadas hubo una fuerte diferenciación social en las poblaciones urbanas, lo que llevó a que se establezcan cambios abruptos en el tipo y la calidad de las drogas que consumen los diferentes grupos sociales. En este sentido, son los grupos más desfavorecidos los que sufren las consecuencias que generan los procesos de marginalización, empobrecimiento y exclusión social.

Como contraparte podemos dar cuenta del incremento en los últimos años del consumo de drogas de síntesis en jóvenes de estratos socio-económicos medios y medios altos.

Las drogas se han diversificado existiendo una mayor oferta y disponibilidad de sustancias ilegales. Ninguna droga que ingresó al mercado de consumo ha desaparecido, se han vuelto un artículo de fácil alcance y de consumo “necesario” para los jóvenes en los espacios recreativos nocturnos en los que circulan.

En Argentina, en el año 2003, se produce un hecho histórico en la reducción de daños: Ginés González García, ministro de Salud de la Nación, lanza el proyecto regional de “Prevención de Drogas y del SIDA en Países del Cono Sur”, con el auspicio de ONUSIDA y la Oficina contra la Droga y el Delito de la ONU, que entregó jeringas y preservativos en la Capital Federal y el conurbano bonaerense a usuarios de drogas.

Diferentes respuestas frente a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas

Modelos socio-sanitarios (abstencionista, reducción de daños)

Existen diferentes modelos de atención de los usuarios de drogas, lo que configura diferentes respuestas sociosanitarias frente a esta problemática que se fueron dando en el país a partir de la década del '80.

En términos generales, los tratamientos existentes para abandonar el consumo de drogas incluyen terapia del comportamiento, medicamentos o una combinación de ambos y varían de acuerdo a la sustancia y el paciente. Las prácticas que se utilizan son: desintoxicación, modalidad terapéutica con internación parcial (hospital de día y de noche), modalidad terapéutica ambulatoria, y comunidades terapéuticas. Dentro de esta diversidad están los grupos de autoayuda, basados en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, liderados por ex consumidores, que son redes de apoyo integradas por personas que se encuentran en situaciones similares y se reúnen con el fin de apoyarse en el esfuerzo de mantener la abstinencia.

El modelo abstencionista

La respuesta sanitaria prevaleciente en Argentina en relación con el consumo de drogas ha sido el modelo abstencionista, que tiene como objetivo la abstinencia total de sustancias como condición previa de un tratamiento.

Desde el punto de vista asistencial el modus operandi del modelo abstencionista es la comunidad terapéutica (CT). Las CT son ambientes residenciales libres de droga en los que en general se mantiene una férrea disciplina, apoyada en relaciones sociales jerárquicas. El modelo terapéutico comprende etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Los beneficios que más reconocen los usuarios de drogas que siguen estos tratamientos tienen que ver con la aceptación de rutinas que los ayudan a manejarse en lo cotidiano y con haber recibido el afecto necesario para sentir que se es alguien para alguien y que se forma parte de una trama sostenedora, siendo éste el convencimiento que más los ayuda para salir de su adicción.

El enfoque de reducción de daños

Como se afirma en el Informe del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje (2009), del universo de personas que consumen drogas, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Éstos se producirán entre las personas que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social. A esta población se debe llegar con medidas preventivas de tipo específico e inespecífico.

La adicción a las drogas se da en personas que aumentan cuantitativa y cualitativamente el consumo hasta no tener proyectos de vida independientes de dicho consumo. Estas personas necesitan tratamiento adecuado. Las intervenciones asistenciales deben admitir alternativas múltiples, incluyendo las medidas de reducción de daños, que parten del reconocimiento de que el uso de drogas ha persistido en el mundo a pesar de los esfuerzos para evitarlo; es por esto que lo que se propone son recomendaciones para que este uso sea lo menos perjudicial posible.

Entre los principales objetivos de la política de reducción de daños encontramos:

- a. Contactar a los servicios de salud con los usuarios con objeto de que se les brinde la ayuda que necesiten (desintoxicación, tratamiento, etc.), como también distribuir jeringas, materiales desinfectantes, preservativos, etc., y servirles como puentes con otros servicios.
- b. Limitar la transmisión por vía intravenosa del virus VIH y de otras enfermedades como la hepatitis B.
- c. Reducir el consumo de drogas.
- d. Evitar que el usuario de drogas consuma estupefacientes que sean rebajados con sustancias espurias que son mucho más peligrosas que la propia droga.
- e. Buscar mejorar la situación familiar, laboral y social del usuario.
- f. Disminuir las conductas asociales motivadas por la adicción y que son impulsadas por la criminalización del consumo.

Las medidas enumeradas pueden instrumentarse aun dentro de los sistemas que prohíben la tenencia de estupefacientes para uso personal, pues son lícitas.

La promoción de la salud

La promoción de la salud se enmarca en tres modelos básicos (Kornblit y Mendes Diz, 2004): **el informativo**, en el que se brindan datos; **el de empoderamiento**, que alienta las capacidades de las personas para actuar sobre las circunstancias permitiéndoles identificar las posibles elecciones que pueden llevar adelante, y por último, **el comunitario**, que concibe la salud en base a los cambios comunitarios alcanzados a partir de la acción colectiva. Es fundamental tener en cuenta que para que las actividades de promoción y prevención sean exitosas, es importante trabajar con los tres modelos a la vez.

Está decididamente comprobado que el modelo informativo solo no alcanza para que la gente adopte medidas de cuidado. Es indispensable para la modificación de las prácticas, las actitudes y las creencias que los sujetos participen en el proceso de aprendizaje.

Trabajar con este modelo implica suprimir la modalidad con la que se trabaja en la educación formal que “baja línea” y ofrece modelos explícitos y reemplazarla por otra en la que el proceso de aprendizaje se transforma en una construcción conjunta en la que es muy importante la apertura hacia el otro y hacia su entorno. La clave está puesta en escuchar, aprender y comprender, ya que el concepto de salud se construye socialmente y de acuerdo a las diferentes culturas.

Bibliografía

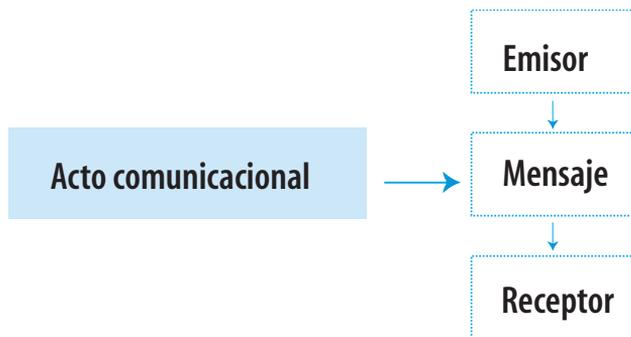
- Bauman, Z. (2007), Vida de consumo. México, FCE.
- Kornblit, A. L. y Mendes Diz, A. M. (2004), “La escuela como ambiente preventivo: la prevención del consumo abusivo de alcohol en jóvenes”, en A. L. Kornblit (coord.), Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad, Buenos Aires, Biblos.
- Kornblit, Camarotti, Di Leo (2009), Prevención del consumo problemático de drogas, Módulos 1, 2, 3 y 5. Unicef, Programa Nacional EPA y CID, Ministerio de Educación, Educ.ar, Conicet, IIGG.
- Menéndez, E. (1990), Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México, Alianza Mexicana.
- OMS (1974), Comité de Expertos en Farmacodependencias. Serie de Informes Técnicos de la Organización Mundial de la Salud, 551, Ginebra. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_526_spa.pdf
- Romani, O. (1999), Las drogas. Sueños y razones. Barcelona, Ariel.
- Touzé, G. (2006), Parte I. “Discursos, políticas y prácticas”, en G. Touzé (org.), Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

2

IMPORTANCIA DEL MENSAJE

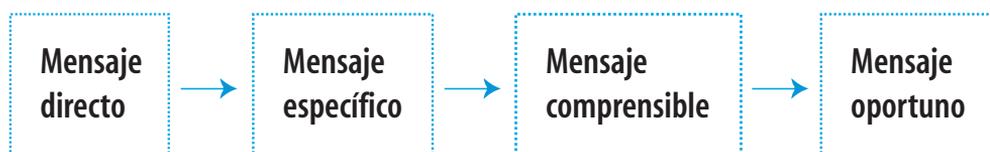


Comunicar es el acto por el cual se transmite un mensaje que le da contenido a esa comunicación. En todo acto comunicacional hay un emisor (quien envía el mensaje), un receptor (quien lo recibe) y un mensaje (aquello que se quiere transmitir).



6. Paul Watzlawick, Teoría de la comunicación.

La comunicación implica la transmisión de una determinada información. Para que sea efectivo el mensaje debe cumplir cuatro requisitos: directo, específico, fácil de comprender, oportuno.



Estas pautas rigurosamente analizadas evidencian que el acto de comunicar “algo” tiene tal importancia que es necesario hacerlo de modo que aquello que se quiere anunciar, divulgar, se realice de forma efectiva. Es decir, se debe pensar cuáles son los modos que hacen que el mensaje que se intenta transmitir llegue con claridad a quienes (receptores potenciales) van a recibir esa información.

No todos los mensajes van dirigidos al mismo público (para ello se trabaja sobre franjas etarias, sexos, grupos sociales, etc.) ni pueden ser recibidos en cualquier momento (de la oportunidad de comunicar a tiempo depende el éxito de lo que se está tratando de decir, de vender o de instalar).

Ese mensaje debe ser “claro” y para ello no sólo se dispone de “la palabra” (qué se dice), el modo (cómo se dice), lo que no se dice y la coherencia entre lo que se dice y lo que se muestra o quiere transmitir.

El lenguaje corporal, los gestos y las imágenes son canales de comunicación apropiados sobre todo en una sociedad tecnologizada y donde los medios de difusión usan y abusan de la imagen para mostrar, convencer, vender y, por qué no, formar criterios.

La palabra comunicación proviene del latín *communicare* que significa “compartir”, “tener algo en común”. Ésta se relaciona entonces con el compartir más allá de transmitir “mensajes efectivos”. Comunicarse con otros es entrar en el mundo del otro, reconocer sus intereses y necesidades, intentar comprender su particular forma de ver el mundo.

Las representaciones sociales

Las representaciones sociales son un conjunto de creencias colectivas, socialmente compartidas, que rigen los sistemas de identificación y de integración social. Tienen que ver con los “estereotipos” en tanto que generan efectos de identificación colectiva y responden a un complejo sistema de lógicas en pugna que orientan creencias básicas en los individuos.

Ahora bien, estas representaciones llenas de poder simbólico producen sentido, forman ideas que se implantan en las personas que las hacen propias y se constituyen en evidencia social, desde donde se lee la realidad, por lo cual están fuera de todo juicio o duda.

Los medios masivos de comunicación tienen un rol sobresaliente en la construcción de los imaginarios sociales; son los que permiten el acceso del público, masivo e indiscriminado a lo que se considera realidad.

Fueron concebidos para informar, pero con el correr del tiempo han ampliado su cometido y en la actualidad reconocen otras funciones como propias, entre ellas:

- Entretener
- Educar
- Persuadir
- Orientar
- Formar opinión
- Estar al servicio del sistema que los sostiene
- Promocionar y difundir productos y servicios necesarios para los individuos y para la sociedad en general
- Servir a la sociedad

También reconocen que en la información que brindan hay sesgos y trabas, dos elementos muy importantes que pueden afectar la veracidad de la información.

Sesgar la información:

- Dirigiendo la opinión de quien accede al medio, que pasa así a depender de la orientación que el medio tenga sobre diferentes temas.
- Estableciendo cuales temas abordar y cuáles no (algunos son tocados abiertamente mientras que otros simplemente son tabú y no se tratan).

Censura: algunos contenidos no son emitidos pues trastocan la línea editorial o la ideología de la organización.

Manipular la información: se interviene la noticia dando otra interpretación a los datos, organizando de modo distinto los hechos para que el destinatario reciba la información de la forma en que el medio desea que lo haga. La finalidad es privilegiar una postura ideológica determinada.

En estos casos, la información que llega al público no es completa. Esto genera juicios imparciales, conocimientos defectuosos y prejuicios fundados en falsas informaciones.

Diversas teorías explican la influencia de los medios masivos de comunicación como formadores de opinión. La “Teoría del Cultivo”, desarrollada por George Gerbner, explica, en base a estudios sobre la violencia en la televisión realizados en los años '70, que a través de la pantalla se muestra un mundo más violento de lo que en realidad es, sumado a aspectos como las representaciones de los roles sociales, étnicos y culturales, que se encuentran estereotipados. Sostiene que el ser humano vive en un mundo creado por las historias que se cuentan y que la mayor parte de lo que sabe o cree saber nunca es generado a partir de experiencias personales y que mientras más tiempo esté una persona expuesta al consumo de un determinado medio, existirá mayor coincidencia entre su concepción de realidad y aquella que es representada por los mass-media⁷. Esto, por extensión a otros medios, permite explicar la influencia de soportes comunicacionales como internet.

De este modo se conforman visiones del mundo y de la sociedad que etiqueta, comprime en categorías, construye arquetipos que sirven a determinados modelos sociales económicos, políticos que determinan qué está bien, cuándo, cuánto y cómo. Ver un noticioso televisivo, hojear diarios (algunos de gran demanda y prédica) dan la pauta de esto: se sesga la información relacionada al consumo de drogas (no olvidar que el alcohol y el tabaco son drogas de venta libre) y de sustancias psicotrópicas (entre ellas, medicamentos sobre los cuales se incentiva la automedicación).

La estigmatización atraviesa los medios masivos de comunicación. Un monitoreo de niñez y adolescencia sobre la prensa argentina del año 2008, desarrollado por Periodismo Social, señala que “los artículos que se refieren concretamente a medidas de privación de libertad de los adolescentes sospechosos de delinquir incluyeron términos peyorativos en el 65 por ciento de los casos.”⁸

7. Gerbner, G. & Gross, L. (1976), “Living with television: The violence profile”, *Journal of Communication*, 26(2), 172-199.

8. <http://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-185186-2012-01-11.html>



Advierten sobre el abuso de medicamentos por los adolescentes

Según el estudio de una ONG, los padres creen que son menos peligrosos que las drogas ilegales.

Los adolescentes según el diario Clarín, miércoles 23 de abril de 2013



Un infierno de drogas y chicos abusados, a minutos del Obelisco

En Pompeya hay chicas que se prostituyen a los 11 años para comprar paco. Sus clientes suelen ser camioneros, que les dan 5 pesos. La Policía está en la mira.

Diario Clarín, domingo 28 de septiembre de 2008



Los jóvenes y el consumo de droga

Una estadística de Naciones Unidas encuentra que el consumo de marihuana en las escuelas está aumentando y, aunque es más bajo que en otros países, se trata de una tendencia inquietante.

Diario Clarín, jueves 2 de julio de 2009



Drogas, alcohol y deserción escolar: un sombrío panorama en Jujuy.

De Valeria Vera

Los ecos de la pobreza / Nota III de IV ... La policía seguirá apresando a los consumidores de drogas, miedos, temores y deseos con los que deben librar a diario y que por la misma condición social.

Diario La Nación - www.lanacion.com.ar

Uso racional de medicamentos. Influencia de la publicidad en el consumo⁹



El gasto en productos farmacéuticos viene creciendo de forma notable en todo el mundo y se estima que es una tendencia que va en aumento. La publicidad se dirige, cada vez más, a la incitación del consumo de drogas de venta libre; generando expectativas poco realistas sobre los beneficios de la medicación y una demanda inapropiada de ésta. Un problema difícil de abordar y solucionar.

La publicidad es una forma de comunicación que pretende dar a conocer o estimular el deseo de compra de un producto señalando quienes pueden pertenecer a una determinada posición social y de que modo. Para ello recurre a técnicas sociológicas y psicológicas que permiten organizar la campaña publicitaria en función de las necesidades del consumidor, así como atraer su atención sobre los aspectos más atractivos del producto.

Estas campañas implican importantes intereses económicos a nivel mundial. Y de eso no está exenta una industria ligada a la salud tan grande como es la farmacéutica. El objetivo final del mercado de medicamentos es el consumidor. A nivel mundial el gasto en salud crece más rápido que la inflación, los salarios siendo los medicamentos una gran influencia en este crecimiento.

Se debe tener bien presente que el objetivo de la publicidad es vender. La información al paciente y sus necesidades difícilmente puedan ser compatibles con los intereses de la industria.

La publicidad genera expectativas poco realistas sobre los beneficios de la medicación y una demanda inapropiada de nuevos medicamentos, no siempre mejores y en la mayoría de los casos, de dudosa seguridad.

9. pilarsandoval.wordpress.com/.../influencia-de-la-publicidad-de-medicam... 05/09/2011 – Influencia de la publicidad de medicamentos.

Esto ha llevado a que el rubro farmacéutico ocupe los horarios centrales de la televisión utilizando a personajes destacados de la farándula para recomendar antitusivos, analgésicos o antiácidos, logrando de esta manera estimular un consumo desmedido e inadecuado de fármacos.

¿Cómo son presentados en los medios masivos los consumidores de sustancias psicoactivas?

Los medios de comunicación difunden un análisis superficial de la realidad, sin un abordaje crítico y reflexivo, que lleva a la confusión e instala miedos y prejuicios en el tejido social. El consumidor de drogas y sustancias psicotrópicas (cualquiera sea la importancia de su consumo) es presentado con un discurso negativo que genera estereotipos relacionados con la criminalización, cuestiones de edad (los jóvenes son los que más consumen) y con la peligrosidad. Esto genera un falso imaginario colectivo, que confunde y señala ofensivamente a las personas consumidoras.

Se crea una representación social sobre el consumidor que lo afecta en su autoestima, círculo y relaciones familiares, posibilidades de inserción laboral y de participación social y su propia salud mental, lo que dificulta su recuperación y su reinserción en la sociedad.

Los medios, concebidos originalmente para informar, como señalamos anteriormente, no sólo desinforman, no educan ni tienen una postura objetiva y con contenido, sino que señalan lo que se debe y lo que no se debe hacer y quiénes pueden hacerlo con la arbitrariedad que da la influencia de turno. Se hace necesario entonces pensar en una política de Estado que proporcione los lineamientos para un correcto funcionamiento de los distintos medios de comunicación.

En la Argentina, con el fin de trabajar en pos de estas políticas de mejoramiento en los servicios de comunicación, se sancionó la “Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual” o más conocida como “Ley de Medios”; promulgada el 10 de octubre de 2009.¹⁰ Su artículo 19 crea la “Defensoría del Público de Servicios de Comunicación Audiovisual”, para que las personas puedan realizar consultas, reclamos y denuncias que guarden vinculación con esta ley, como por ejemplo los tratos discriminatorios. Como manifiesta la Defensoría en su página web: “La ley considera que los medios de comunicación son de interés público, que la información es un derecho, no un negocio, y que las trabajadoras y trabajadores de la radio y la televisión tienen responsabilidad social”.¹¹

10. Conforme la Ley 26.522, Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual.

11. <http://www.defensadelpublico.gob.ar>

En 1930 en el libro titulado *El Malestar en la cultura*¹² se anticipó que “el uso de fármacos y drogas [se hace necesario] para soportar la dureza de la vida”, uniendo, de algún modo, la necesidad de las personas de ayudarse en su cotidiano vivir con el consumo de sustancias facilitadoras.

De ese modo se va generando una relación sujeto-objeto (droga) que está unida a un medio condicionante (sociedad) que facilita el vínculo y lo sostiene pudiendo perderse el control sobre el uso que de tales sustancias se hace.¹³



Se puede hacer una primera aproximación al tema partiendo de dos tipos de consumo; el de aquellos que hacen un uso responsable y quienes caen en el

12. S. Freud.

13. P. Lorenzo, M. Ladero, J. C. Leza, I. Lizasoain, *Drogodependencias*. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3ra. Edición, Ed. Panamericana.

uso compulsivo, diferencia que es importante marcar ya que el primero está señalando que el sujeto gobierna sobre la sustancia y utiliza de ella en cantidades, por momentos y circunstancias que dejan a su voluntad decidir. En el otro caso, cuando se ejerce un consumo compulsivo, es la sustancia la que está dirigiendo el accionar de la persona que cada vez tiene menos margen para decidir cuándo, cuánto y qué consumir.

El extremo más radical en la práctica adictiva impulsa al sujeto a actuar, la persona consumidora no logra sostener la tensión que implica el aplazamiento o la espera, es cuando se está frente a suicidios, homicidios, conductas abiertamente riesgosas para su persona y/o para terceros.

De la vulnerabilidad personal y el contexto dominante

La conjunción hombre-circunstancia será indispensable para derivar en una patología del consumo. La circunstancia tiene que ver con la cultura, el sistema, los estereotipos sociales, las subculturas, los modelos identificatorios, los medios de comunicación, la marginación, el valor de representación del objeto droga, el apego a los valores, etc.

“Estas condiciones tienen un amplio margen de independencia de la voluntad de las personas que se hallan sujetas a una convivencia, no necesariamente elegida, con las sustancias psicoactivas y sus representaciones.”¹⁴

Allí, la disponibilidad, la oferta y la accesibilidad de las sustancias para su adquisición y consumo y la tolerancia social que define el grado de aceptación frente a un elemento y que surge del imaginario colectivo, se tornan fundamentales.

El uso excesivo de drogas legales e ilegales es una problemática que reviste gravedad y debe ser tratada, en el ámbito de la salud. Las drogas existen dentro de un marco social donde la farmacomedicalización es cotidiana y es plenamente aceptada, ya que depara beneficios tales como la supresión momentánea de angustia, el callamiento de emociones, el cansancio y el displacer que, en general, señalan el malestar en que la persona se está desempeñando y la falta de opciones para solucionar su problema de forma menos nociva para su salud.

14. Hugo Míguez.

Prevención, un derecho adquirido

Prevención es la acción que permite preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algún peligro, etc. Es por lo tanto la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete: “más vale prevenir que curar” o “mejor prevenir que curar”.

Si se toman recaudos se pueden evitar enfermedades o minimizar la posibilidad de tener problemas de salud. De ello resulta que es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo. El propósito de la prevención es evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad. Supone actuar para que un problema no aparezca o para disminuir sus efectos.

Niveles de prevención

Primaria	<ul style="list-style-type: none">■ Pretende evitar la enfermedad
Secundaria	<ul style="list-style-type: none">■ Intenta solucionar un problema ya existente tratando que desaparezca por completo o en gran parte y que no aparezcan complicaciones posteriores.■ Ya se ha detectado alguna situación relacionada con el uso de drogas.■ Lo importante es reestablecer los vínculos familiares y laborales, estabilizar y sostener emocionalmente al individuo para que revierta su adicción.■ Que vuelva a ser sujeto y deje de ser objeto.
Terciaria	<ul style="list-style-type: none">■ Se dirige a personas que dependen física o psíquicamente de las drogas. Objetivo principal: frenar el desarrollo de la adicción y sus consecuencias.
Inespecífica	<ul style="list-style-type: none">■ Prevenir en sentido global.■ Ejemplo, elaboración de una legislación que desaliente el consumo o promover un modo de vida saludable.
Específica	<ul style="list-style-type: none">■ Actúa sobre los factores que generan un determinado problema.■ Toma en consideración los factores de riesgo: historia personal, tipo de vida, relaciones sociales.■ Este tipo de prevención comienza con la educación primaria y continúa en la secundaria.■ Está dirigida a padres, docentes y jóvenes en edad de adolescencia.

Educación preventiva - participativa

Las personas deben participar en la tarea de prevención asumiendo un compromiso y dejando de ser meros espectadores.

Es fundamental su participación en talleres y en la elaboración de estrategias preventivas adecuadas, que deben partir de datos concretos, tomando en consideración el grupo al que va dirigido y cuál es la actitud correcta para que pueda ser efectivo, incentivando la creatividad y tomando en cuenta el hecho de que no se puede desconocer la oferta de drogas existente.

Frente a esto, se debe fortalecer la capacidad de resistencia de las personas suministrando información precisa y clara; fomentando diversas actividades, promoviendo cambios de comportamiento y ayudando a la formación de la personalidad.

¿Qué es un derecho adquirido?

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que “el derecho adquirido se puede definir como el acto realizado que introduce un bien, una facultad o un provecho al patrimonio de una persona, y ese hecho no puede afectarse, ni por la voluntad de quienes intervinieron en el acto, ni por disposición legal en contrario”.¹⁵

La Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que la concibe como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”.

La referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

15. Diccionario Jurídico MX.

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.¹⁶

¿Qué es una droga o pharmakón?

Se han dado diferentes definiciones: el *Corpus Hippocraticum*,¹⁷ redactado entre los siglos V y IV a.C., las define como “sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando o haciendo dormir” (IV, 246).

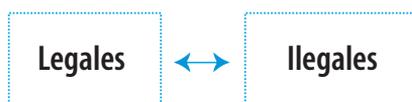
Por droga –psicoactiva o no– dice Antonio Escohotado en *Historia elemental de las drogas*, “seguimos entendiendo lo que hace milenios pensaban Hipócrates y Galeno, padres de la medicina científica: una sustancia que en vez de ser vencida por el cuerpo (y asimilada como simple nutrición) es capaz de vencerle provocando en dosis ridículamente pequeñas –si se comparan con las de otros alimentos– grandes cambios orgánicos, anímicos o de ambos tipos”.

Según la OMS, “droga” es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Tenemos entonces que una droga es una sustancia que provoca alteraciones orgánicas, anímicas (o de ambos tipos) y del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, que pueden crear dependencia y son capaces de vencer al cuerpo.

Clasificación

Existe una división entre sustancias legales, o de libre consumo, y sustancias ilegales.



16. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General www.catedradh.unesco.unam.mx.

17. Conjunto de unos cincuenta escritos médicos que abarca más de mil páginas atribuido clásicamente a Hipócrates, padre de la medicina contemporánea.

Legales o institucionalizadas: alcohol, tabaco y psicofármacos.

Son las más consumidas en nuestro país, de venta libre y amplia aceptación social.

Ilegales: sustancias psicoactivas que:

- Está prohibida su comercialización y su consumo.

Entre ellas el primer lugar de consumo, en nuestro país, lo ocupa la marihuana, seguida por la cocaína y sustancias como el paco, la heroína y otras logradas por síntesis que en forma irregular se consiguen para su consumo.

En razón de su efecto sobre el sistema nervioso central puede clasificarse en **depresoras, estimulantes o alucinógenas.**

- **Depresoras:** sus efectos son anestésicos, calmantes, tranquilizantes siendo capaces de eliminar o reducir el dolor físico y psíquico. El grupo de la heroína, el opio y la pasta base son algunos ejemplos así como el alcohol.
- **Estimulantes o excitantes:** producen un incremento de las funciones corporales, aumentando la vitalidad y eliminando así sensaciones de cansancio, fatiga, sueño o apetito. Son estimulantes “mayores” la cocaína y las anfetaminas. Estimulantes “menores”: nicotina, cafeína, teína, teobromina.
- **Alucinógenas:** provocan sensaciones y percepciones extrañas, alucinaciones, sentimiento de irrealidad. Entre ellas se encuentran el LSD, el éxtasis y el peyote.

Según su origen se dividen en **naturales o de síntesis.**

Drogas naturales son aquellas que provienen de la naturaleza (vegetales, animales y minerales). Las llamadas de síntesis son sustancias producidas en laboratorios.

Efectos de las drogas sobre el organismo: Dependencia - Abstinencia - Tolerancia

Los efectos del consumo de cualquier droga o sustancia psicotrópica se sienten a nivel físico y psíquico. Generalmente esos efectos varían en relación a las características de cada personalidad, a los entornos familiar, social y laboral que contienen a la persona y al tipo y cantidades de sustancia que se consuma.

El contacto con el primer consumo es, generalmente, placentero, condición que desaparece ante la necesidad que genera el cuerpo de consumir cada vez una mayor cantidad para poder lograr un efecto similar.

- **Dependencia:** adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica a consecuencia de la exposición reiterada a la droga siendo necesaria su utilización para evitar una serie de síntomas que ocurrirían si se la dejase de consumir. Acarrean trastornos físicos, psicológicos, psicosociales o relacionales.
- **Abstinencia:** conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al retirar o disminuir el consumo de una determinada droga de la cual se es dependiente.
- **Tolerancia:** Se eleva la dosis para conseguir la sensación deseada ya que debido a que las sustancias se administran repetidamente su efecto disminuye.

Los efectos nocivos en el cuerpo no son percibidos de manera inmediata sino a largo plazo. Asimismo, dichos efectos dependerán de las características personales de quien consume, el medio en el cual se encuentra inserto, el tipo de droga, la frecuencia y cantidad que consuma como también la asociación con otras sustancias.

Esos efectos son el resultado de distintos niveles de consumo:

- **Consumo de riesgo:** el sujeto sobrepasa la norma de consumo habitual en un medio determinado, existiendo el abuso como un patrón de comportamiento estable pudiendo ocasionar el mismo riesgo para sí o para los demás.
- **Consumo dañino:** cuando a la situación anterior se le suman daños orgánicos, psíquicos y sociales.
- **Dependencia:** existe en el sujeto un nivel de sometimiento a la droga que impide detener el consumo. La primera etapa es la de alteración de la salud y tanto la segunda como la tercera constituyen la enfermedad misma, ya instalada.
- **Drogas y su grado de dependencia:** Algunas sustancias son más adictivas que otras, el cuadro comparativo muestra (expresado en porcentajes) la capacidad de las mismas para ocasionar dependencia.

Sustancia	Acceso	Capacidad de causar dependencia **	Letalidad
Nicotina	Grande	80	Alta
Heroína	Bajo	35	Media
Cocaína	Medio	22	Alta
Sedantes*	Medio	13	Media
Estimulantes*	Medio	12	Alta
Marihuana	Medio	11	Baja
Alucinógenos	Grande	9	Baja
Alcohol	Grande	6	Media
Tranquilizantes*	Medio	5	Media
Inhalantes	Grande	3	Media

* Uso no médico.

** Porcentaje de usuarios que se torna dependiente.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Conductas características de la persona con consumo problemático

- **Pérdida de control:** es imposible controlar el uso de la droga.
- **Preocupación compulsiva:** transcurre gran parte de su tiempo pensando en la sustancia.
- **Uso continuo a pesar de las consecuencias negativas:** pérdida del control voluntario en el uso de esa sustancia.

Drogas más consumidas

El consumo de sustancias a nivel nacional según grado de mayor consumo:

- **Bebidas alcohólicas:** 85,6%
 - **Tabaco:** 52,5%
 - **Marihuana:** 7,2%
 - **Tranquilizantes:** 3,7%
 - **Cocaína:** 2,0%
 - **Estimulantes:** 0,9%
- **Alcohol y tabaco:** generan gran aceptación social. No se las considera como drogas ya que se convive con ellas, por ser de venta libre pueden adquirirse en cualquier lugar y su consu-

mo es incorporado a diferentes actividades sociales.

Al ser de libre circulación generan un riesgo adicional relacionado con la baja percepción de estar consumiendo un toxico de gran poder adictivo.

- **Psicofármacos (estimulantes, tranquilizantes):** se los menciona ya que con ellos puede generarse un consumo descontrolado y excesivo.

Se deben puntualizar dos situaciones:

1. Cuando se los consume por prescripción médica.
2. Cuando se recurre a la automedicación.

En tanto sean recetadas y controladas por un facultativo, pasan a formar parte de las sustancias legales; en este caso, se necesita receta médica para acceder a ellas.

Cuando se dispone de ellas sin receta ni control médico y en una dosificación que no es indicada por un profesional las mismas pasan a ser drogas de consumo ilegal.

Drogas legales más consumidas

- **Alcohol:** es la sustancia de mayor prevalencia en la población. Su consumo:

- a. es mayor en hombres que en mujeres.
- b. aumenta en cuanto a la cantidad de consumidores.
- c. es menor la edad de iniciación de su consumo.

Según la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPRE-COPS, 2008) efectuada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, tomando la franja poblacional que va de los 16 a los 65 años, más de la mitad de la población encuestada declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida.

Características: es un anestésico, depresor del sistema nervioso central, que altera las funciones del organismo: la respiración, los latidos del corazón, el pulso. En dosis moderadas induce una sensación de bienestar y relajamiento, en cantidades mayores causa embriaguez, acción sedante, inconsciencia y puede provocar la muerte.

Efectos: dependerán de la cantidad de alcohol ingerido, el sexo, el peso y las características generales de salud de un individuo. Las mujeres son más afectadas que los hombres al efecto del alcohol debido a su mayor proporción de grasa y menor producción de agua en el cuerpo, razón por la cual dos personas de la misma talla e idéntico peso padecerán diferentes efectos, según sean hombre o mujer, frente a la misma cantidad de alcohol.

En pequeñas dosis produce sobre el Sistema Nervioso Central (SNC): sensación de euforia, marcha oscilante, disminución de la tensión, sensación de bienestar, enrojecimiento facial y ocular.

En dosis mayores produce: habla balbuceante, visión doble, lentitud de los reflejos, pérdida de memoria a corto plazo, episodios de disminución de la conciencia, además de náuseas, dolor de cabeza, úlceras gastroduodenales,

En la mujer: el consumo puede provocar síntomas hepáticos, alteraciones en el ciclo menstrual y aun causar cáncer de mama. Durante el embarazo logra afectar el proceso vital del feto, que puede llegar a sufrir síndrome alcohólico fetal (FAS).

El FAS es un daño cerebral causa de discapacidad mental. Quienes resultan afectados por el mismo pueden padecer sus consecuencias a lo largo de toda su vida y requerir atención médica permanente.

Efectos a largo plazo del consumo de alcohol: dependencia, enfermedades hepáticas, pérdida de memoria, impotencia sexual, mayores riesgos de padecer enfermedades cardíacas.

¿Qué se consume y cuánto?

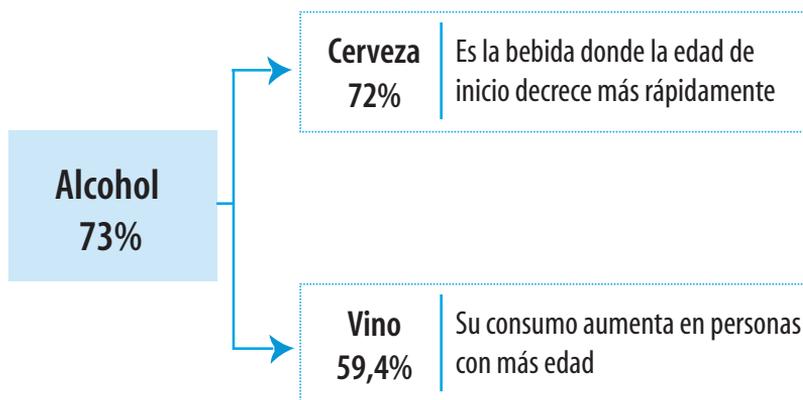
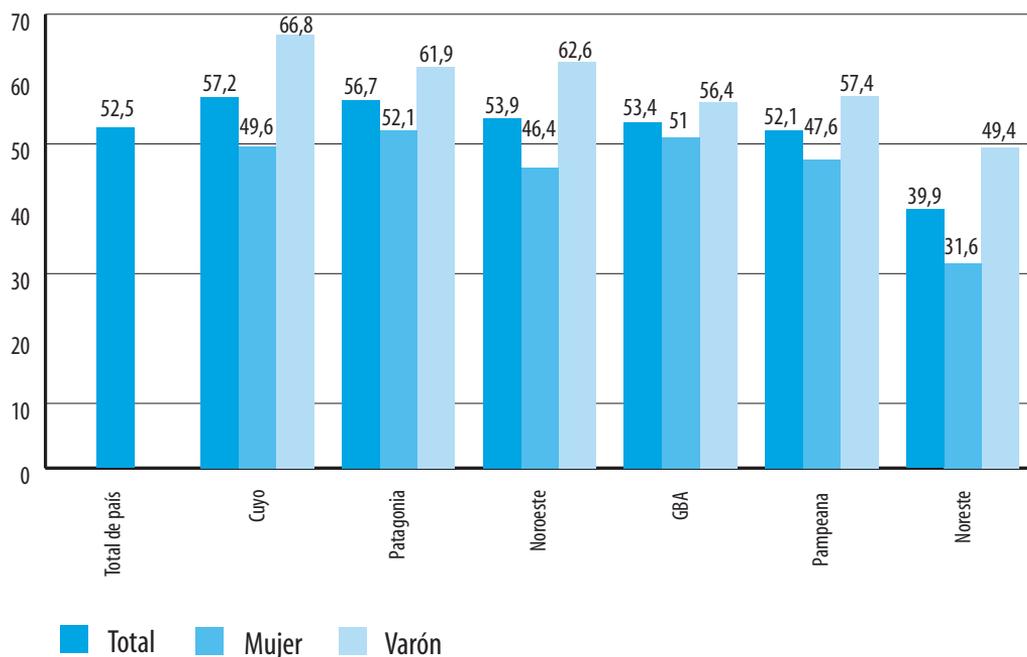


GRÁFICO DE PREVALENCIA DE VIDA DEL ALCOHOL SEGÚN REGIÓN



Según expresa el cuadro, el consumo de bebidas alcohólicas es mayor en las regiones de Cuyo, Patagonia y el Noroeste.

El alcoholismo es un problema actual en Argentina

Afecta directamente al consumidor y a terceros, dado que está presente en:

- La mayoría de los accidentes de trabajo.
- Los accidentes de tránsito.
- La mortalidad en accidentes de tránsito es mayor a 1 por hora, 27 en el día.
- En el 80% se detecta presencia de alcohol.
- La Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) informa que por día mueren 2 jóvenes de hasta 24 años en accidentes de auto relacionados con el consumo de alcohol.
- Los jóvenes alcoholizados causan el 65 por ciento de los accidentes viales.

Límite legal de alcohol en sangre en Argentina es de:

- 0,5 gramos para quienes conducen vehículos en la vía pública.
- 0,2 gramos cuando se conducen motos y ciclomotores.
- 0 para quienes conducen transporte de carga o de pasajeros.
- Una persona de 90 kilos que toma 2 vasos de cerveza llega a la cantidad límite que establece la Ley de Tránsito.
- Sobre 496 conductores, el 47 por ciento no sabe cuál es la tolerancia permitida para manejar. Y el 58 por ciento cree que el tiempo que debe transcurrir para que pase el efecto etílico es menor al real.

La Organización Panamericana de la Salud reveló que un conductor que bebe antes de conducir tiene 17 veces más riesgo de tener un accidente

■ Tabaco

El consumo de tabaco es uno de los grandes problemas sanitarios en nuestro país. El tabaco contiene nicotina, sustancia altamente adictiva, con más de 19 carcinógenos y 4.000 químicos.

La nicotina es el ingrediente activo. En bajas concentraciones, es un estimulante y uno de los principales factores de esta adicción. Es, asimismo, un potente veneno e incluso se usa en variados insecticidas (fumigantes).

El cigarrillo es la forma más común de consumir tabaco en el mundo occidental. Hay otros modos de consumo, como mascar, beber o lamer, y también en supositorios o enemas, aplicado sobre la piel o esnifado (aspirado por la nariz).

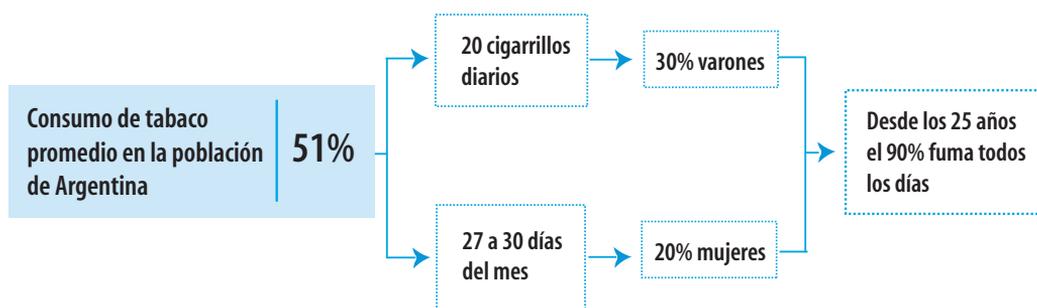
El tabaco produce efectos demostrables en el SNC en sólo 7 segundos. La costumbre de fumar es una adicción¹⁸ que necesita muy poco tiempo de consumo para convertirse en tal. Los primeros síntomas aparecen a los pocos días de haber comenzado el hábito.

En el acto de fumar, la nicotina, que está contenida en el humo, al ser inhalada es absorbida rápidamente y alcanza importantes concentraciones en el cerebro (en segundos). También atraviesa la membrana placentaria, por lo tanto en las embarazadas llega al líquido amniótico en el que se desarrolla el bebé.

18. En 1988 el Colegio de Cirujanos de EE.UU. clasificó la Nicotina como sustancia adictiva y la costumbre de fumar como una adicción. Drogodependencias, pág. 502.

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte. Cada año mueren más de 5 millones de personas en todo el mundo a causa del tabaquismo. Se estima que la mitad de los fumadores muere de una enfermedad relacionada al consumo de tabaco y que viven en promedio 10-15 años menos que los no fumadores.

Nuestro país registra uno de los consumos más altos del continente americano, aunque luego de importantes campañas de concientización, encuestas recientes muestran (a nivel nacional) que la población de fumadores adultos ha disminuido en estos últimos años.

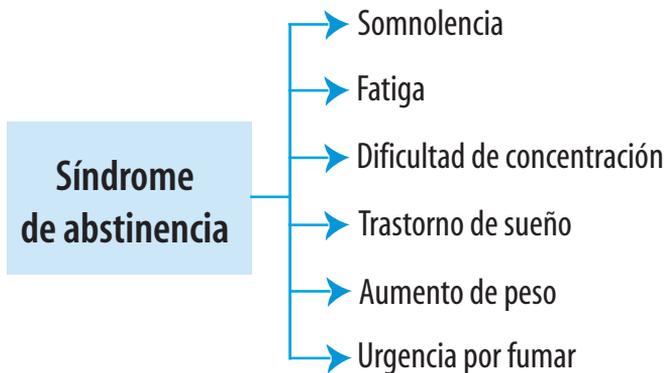


Las principales causas de muerte por consumo de tabaco son:

- Enfermedades del corazón.
- Cáncer.
- Enfermedades respiratorias.
- Aterosclerosis.
- Problemas dérmicos.
- En las mujeres se suman a estas complicaciones los trastornos del aparato reproductor.

La mayoría de los efectos adversos del tabaquismo son dosis-dependientes, es decir, son peores cuanto más se fuma.

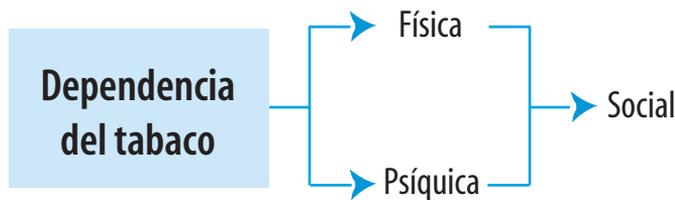
El síndrome de abstinencia característico de la falta de nicotina incluye irritabilidad, somnolencia, fatiga, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, aumento de peso, urgencia de fumar.



La mayoría de estos síntomas alcanzan su máxima intensidad entre 24 y 48 horas luego del último cigarrillo y van disminuyendo lentamente en un período de 2 a 4 semanas.

El consumo de tabaco genera tres formas de dependencia:

- **Física:** provocada directamente por la nicotina, responsable del síndrome de abstinencia.
- **Psicológica:** el hábito de fumar se ha convertido en una compañía en diferentes situaciones y parece imposible cambiar esta relación.
- **Social:** el fumar sigue siendo un acto social, se hace en grupos, en reuniones con amigos.



Fumador Pasivo

Un cigarrillo contiene entre 0,9 y 2,4 mg de nicotina (en un cigarro puro esta cantidad se multiplica por cuatro). De esta cantidad entre el 8% y el 15% se inhala, el resto va al aire ambiental. En ambientes cerrados (con varios fumadores), se ha llegado a medir entre 3,4 y 4,2 mg/m³ de nicotina.

Drogas ilegales más consumidas

- **Marihuana:** las Naciones Unidas estiman que es “la sustancia ilícita más utilizada en el mundo.” Se considera una droga alucinógena con capacidad para alterar la percepción generando disminución del funcionamiento intelectual, del alerta, de la reacción, fallas en la coordinación de movimientos y en la concentración entre otros síntomas. La forma más habitual de consumo

es en forma de cigarrillo armado a mano. También se utiliza en pipas. En dosis bajas produce: estado inicial de excitación y euforia, luego relajación y bienestar, ojos rojos, aumento del pulso.

En dosis altas: confusión, inquietud, alucinaciones, episodios de pánico.

Uso crónico: causa dependencia, apatía, desinterés, falta de energía, pensamiento confuso, pérdida de memoria.

- **Cocaína:** se extrae de las hojas de la coca, planta de origen sudamericano (se cultiva en Perú, Bolivia, Colombia y Ecuador). Dichas hojas poseen 14 alcaloides naturales dentro de los cuales cabe distinguir la “globulina” que regula la carencia de oxígeno en el ambiente, mejorando la circulación sanguínea y evitando así el mal de las alturas. Es un gran estimulante del sistema nervioso central. Se usa para conseguir un mayor rendimiento en actividades que requieren potenciar el estado de vigilia. En dosis bajas produce: euforia, aumento del estado de alerta, aumento de energía, disminución de la fatiga, pérdida de apetito, aceleración del corazón y respiración, aumento de la presión sanguínea, anestesia local potente. Luego cansancio, apatía, angustia. En dosis altas: al inicio ocasiona suspicacia, agitación, agresividad, insomnio. Posteriormente alteración del juicio, hipertensión, dilatación de la pupila, sudoración, escalofríos, alucinaciones, paranoia, arritmias, depresión respiratoria.

Uso crónico: Irritabilidad, intranquilidad, desgano, agotamiento, depresión, erosiones y ulceraciones en la mucosa nasal, alteración del juicio y la percepción, cuadros de paranoia.

Además de la marihuana y la cocaína, en la actualidad se consumen muchas otras sustancias provenientes, básicamente, de la industria farmacéutica y de laboratorios clandestinos que fabrican compuestos en forma permanente, muchos de los cuales llegan al mercado ilegal.

También se producen bebidas llamadas estimulantes que acarrear graves consecuencias en un consumo que no está controlado y que tiene un riesgo cierto aumentado por las mezclas con otras bebidas alcohólicas, medicamentos y otras drogas.

El consumo como riesgo laboral

Estudios a nivel mundial muestran una estrecha relación entre consumo de alcohol y drogas con la accidentalidad laboral, el ausentismo y el bajo rendimiento.

El consumo personal impacta en el ámbito de trabajo dado que la persona es única y porta con ella sus características a todos los lugares en que se desempeña. Ese consumo que impacta sobre el trabajo puede deberse a causas relacionadas con el ambiente y condiciones de trabajo o puede originarse en una decisión personal que si bien se realiza fuera de ese entorno, provoca consecuencias sobre él.

En Argentina, el 55,7% de los trabajadores consideran que el alcohol y las drogas son un problema importante en el mundo laboral. Es por ello que resulta necesario evaluar en el contexto laboral las consecuencias de este hábito, y los costos sociales, humanos y económicos que dicha enfermedad acarrea.

¿Cómo impacta?

Por un lado, aumentan el ausentismo, los accidentes laborales (en el consumidor mismo o en terceros), la morbilidad, los gastos de la cobertura de salud.

Por otro disminuye el rendimiento laboral (merma de productividad) y provoca mal ambiente de trabajo por la ocurrencia de peleas, violencia durante la jornada, sobrecarga de tareas entre compañeros, pérdidas de jornales y jubilaciones anticipadas.

El trabajador ve reducida su salud, sus ingresos y resiente la calidad de vida propia y familiar. El empleador suma a la pérdida de productividad un elevado costo en licencias por razones de salud sin conseguir un óptimo ambiente laboral.

Condiciones que predisponen al consumo de sustancias en el ámbito laboral:

- Exigencia de mayores competencias.
- Falta de oportunidades.
- Flexibilidad laboral.
- Malas condiciones laborales.
- Depresión.
- Distrés o estrés negativo.
- Síndrome de burnout.
- Situaciones de violencia.
- Nuevas formas de relación laboral.
- Complejización de las tareas.
- Contexto económico o sociolaboral.
- Estrés.
- Condiciones para acceder a puestos de trabajo.

- Precarización.
- Pertenencia.
- Permanencia en el puesto de trabajo.

Sustancia	Condición de actividad							
	Activo				Inactivo			
	16 - 24	25 - 34	35 - 49	50 - 65	17 - 24	36 - 49	51 - 65	51 - 65
Tabaco	36,4	35,9	32,7	32,2	22,7	24,2	23,9	23,9
Alcohol	61,8	58,5	51,9	53,3	48,0	28,6	32,0	32,0

Año 2010 - Prevalencia mensual de consumo de Tabaco y alcohol según la edad y condición de actividad.
Fuente: Secretaría de Drogas y Narcóticos (SEDRONAR).

Sustancia	Condición de actividad		Total
	Activo	Inactivo	
	36,4	36,4	36,4
Tabaco	35,9	21,3	29,3
Alcohol	66,1	44,7	56,3
Tranquilizantes	1,5	1,0	1,3
Estimulantes	0,1	0,0	0,0
Solventes/inhalables	0,0	0,1	0,1
Marihuana	4,3	1,9	3,2
Cocaína	1,3	0,3	0,8
Pasta base - Paco	0,0		0,0
Éxtasis	0,1	0,0	0,0
Otras drogas	0,1	0,3	0,2

Año 2010 - Sustancias legales e ilegales y su incidencia sobre una población de entre 12 y 65 años según condición de actividad

Prevención en el ámbito laboral (Marco legal)

El ámbito laboral es el espacio en donde las personas desarrollan sus aptitudes personales, intercambian experiencias, saberes y conviven con otras personas que tienen igual o diferente tarea a desempeñar. Pasan allí la mayor parte de su tiempo y ello les permite planificar un proyecto de vida que se va conformando con la estabilidad, un salario digno y condiciones que permiten hacer de ese trabajo un lugar de realización. Es, en ese sentido que la Ley de Contrato de Trabajo (Ley 20.744) en su artículo 4º fija el concepto de trabajo: "El contrato de trabajo tiene como principal objeto la actividad productiva y creadora del hombre en sí...".

La actividad creadora se desarrolla en medios que valoran al sujeto en tanto tal y priorizan su integridad; para ello es necesario dotar a la relación laboral de pautas claras que respeten el cuidado del cuerpo y la psique y encuadren la construcción de esos proyectos de vida en un marco de promoción de la salud.

Hablar de las "condiciones y medio ambiente de trabajo", implica pensar en un contexto propicio para el desarrollo personal y la productividad. Habla de los lugares de trabajo en cuanto estructuras aptas para contener a los trabajadores, no sólo como instalaciones materiales sino además y fundamentalmente contenerlos en cuanto a las problemáticas que los aquejan socialmente y que inciden en su jornada laboral.

El condicionante social es determinante de situaciones de todo tipo. Influye en lo familiar, educativo, en la salud y todo ello impacta sobre el ámbito laboral, donde la persona –única, indivisible– vuelca su problemática, la que se traduce en faltas de cumplimiento, baja de productividad, inasistencias y mal clima laboral.

Prevenir es propio del ámbito laboral. Se previene con normas precisas sobre dimensiones, medidas ambientales, ropa de seguridad industrial y también sobre los cuidados de la salud del trabajador. Distintas leyes específicas recrean el artículo 14 bis de nuestra Constitución Nacional que asegura condiciones dignas, beneficios de la seguridad social, jubilaciones y pensiones y la protección integral de la familia.

Artículo 14 bis - El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor, jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial.

Queda garantizado a los gremios: concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las relacionadas con la estabilidad de su empleo.

El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; . . .

Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo

■ Ley N° 19.587

Artículo 4º- La higiene y seguridad en el trabajo comprenderá las normas técnicas y medidas sanitarias, precautorias, de tutela o de cualquier otra índole que tengan por objeto:

- a) proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores;
- b) prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo;
- c) estimular y desarrollar una actitud positiva respecto de la prevención de los accidentes o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral.

Artículo 5º - A los fines de la aplicación de esta ley considéranse como básicos los siguientes principios y métodos de ejecución:

- a) creación de servicios de higiene y seguridad en el trabajo, y de medicina del trabajo de carácter preventivo y asistencial;

Artículo 7º - Las reglamentaciones de las condiciones de seguridad en el trabajo deberán considerar primordialmente:

e) prevención de accidentes del trabajo y enfermedades del trabajo;

Artículo 8º - Todo empleador debe adoptar y poner en práctica las medidas adecuadas de higiene y seguridad para proteger la vida y la integridad de los trabajadores...

Artículo 9º - Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, son también obligaciones del empleador:

a) disponer el examen pre-ocupacional y revisión periódica del personal, registrando sus resultados en el respectivo legajo de salud.

Artículo 10 - Sin perjuicio de lo que determinen especialmente los reglamentos, el trabajador estará obligado a:

a) cumplir con las normas de higiene y seguridad y con las recomendaciones que se le formulen referentes a las obligaciones de uso, conservación y cuidado del equipo de protección personal y de los propios de las maquinarias, operaciones y procesos de trabajo;

b) someterse a los exámenes médicos preventivos o periódicos y cumplir con las prescripciones e indicaciones que a tal efecto se le formulen;

c) cuidar los avisos y carteles que indiquen medidas de higiene y seguridad y observar sus prescripciones;

d) colaborar en la organización de programas de formación y educación en materia de higiene y seguridad y asistir a los cursos que se dictaren durante las horas de labor.

Esta Ley fue reglamentada por el decreto 351/79 que fuera luego modificado por el decreto 1338/96.

Este decreto establece:

Artículo 3º - Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo. A los efectos del cumplimiento del artículo 5º apartado a) de la Ley Nº19.587, los establecimientos deberán contar, con carácter interno o externo según la voluntad del empleador, con Servicios de Medicina del Trabajo y de Higiene y Seguridad en el Trabajo, los que tendrán como objetivo fundamental prevenir, en sus respectivas áreas, todo daño que pudiera causarse a la vida y a la salud de los trabajadores por las condiciones de su trabajo, creando las condiciones para que la salud y la seguridad sean una responsabilidad del conjunto de la organización. Dichos servicios estarán bajo la responsabilidad de graduados universitarios, de acuerdo al detalle que se fija en los artículos 6º y 11 del presente.

Artículo 5° - Servicio de Medicina del Trabajo. El Servicio de Medicina del Trabajo tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores, debiendo ejecutar, entre otras, acciones de educación sanitaria, socorro, vacunación y estudios de ausentismo por morbilidad. Su función es esencialmente de carácter preventivo, sin perjuicio de la prestación de la asistencia inicial de las enfermedades presentadas durante el trabajo y de las emergencias médicas ocurridas en el establecimiento, hasta tanto se encuentre en condiciones de hacerse cargo el servicio médico que corresponda.

Ley de Riesgos del Trabajo

■ Ley N° 24.557

CAPÍTULO II

DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO

ARTÍCULO 4° - Obligaciones de las partes.

1. Los empleadores y los trabajadores comprendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART, están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

A tal fin y sin perjuicio de otras actuaciones establecidas legalmente, dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o incluirse dentro del contrato entre la ART y el empleador.

Según la definición de la OMS en relación a trabajo y salud: "La salud ocupacional es la promoción y mantenimiento de la salud física y mental en el entorno del trabajo".

Para mantener la salud física y mental en el entorno del trabajo es preciso actualizar la mirada sobre las enfermedades y trastornos considerados propios del ámbito laboral, ampliándola, tomando en cuenta la sociedad en la que hoy se enmarca la relación y en la que vive el sujeto trabajador.

Es importante pensar en la definición de salud dada por la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".¹⁹

19. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados.

Al tomar integralmente a la persona deja de focalizar el aspecto puramente físico, donde las dolencias son corporales y las marcas son visibles en la mayoría de los casos, incorpora el aspecto mental, tan pasible de trastornos y enfermedades (si no más), como lo corporal pero donde los padecimientos son menos evidentes y donde la sociedad, en su conjunto, está menos predispuesta a hacerse cargo.

Pero el bienestar social que refiere aquella definición implica personas “sanas” cuando se da esa conjunción.

La sociedad actual, marcada por el consumismo, empuja a consumir compulsivamente, y estos consumos impactan en la persona.

Dentro de esa realidad de mercado, las drogas son un producto más de la oferta, facilitado para ser obtenido, mostrado como la respuesta mágica a distintos problemas que afectan la vida en sus facetas personal y laboral (cansancio, baja productividad, vigilia, etc.). Irrumpen en la actualidad como algo masivo, lo que las diferencia del consumo que siempre se hizo de ellas pero que era reservado a circunstancias, ceremonias, momentos y personas puntuales. Hoy se han popularizado y están presentes en el día a día. Quienes consumen lo hacen mayormente desde la desinformación, sin conocer en detalle sus alcances y es por ello que no prevén el impacto que las sustancias trasladan a los diferentes ámbitos de su vida, entre ellos, los lugares de trabajo.

Es en esta realidad presente que tanto los sindicatos como las empresas sienten los efectos del impacto del consumo de drogas, consultan, se asesoran, especializan sus equipos interdisciplinarios en pos de adecuar el trabajo a las necesidades de la época.

En tanto el Estado, como garante del derecho a una vida sana de todos sus habitantes, trabaja en la elaboración de políticas públicas a fin de facilitar el tratamiento de dicha temática.

Trabaja desde la promoción y prevención de la salud para intentar resguardar el lugar de trabajo preservando las condiciones y medio ambiente laboral que es desde donde se aborda la problemática.

Para llegar a niveles de consumo problemático es necesaria la interacción de diversos factores (el agente - el medio - el sujeto); muchas veces las condiciones desfavorables del lugar de trabajo colaboran en la instalación de lo que puede llegar a convertirse en consumo problemático.

Las condiciones de trabajo, las características de la organización, el tipo de clima laboral reinante, las presiones que surgen en cada actividad en cuanto al rendimiento esperado, los factores de riesgo, hacen de cada situación un contexto particular dentro del cual se debe trabajar preventivamente utilizando los factores de protección que existen en el lugar y diseñando estrategias a mediano y largo plazo.

La tarea preventiva es responsabilidad de todos los actores del mundo del trabajo. Los sindicatos, como organizaciones que nuclean a cientos de trabajadores por actividad, con dificultades similares, deben formar cuadros de delegados gremiales con formación en las nuevas problemáticas que demandan preparación para atender, contener y encauzar a otro trabajador que necesite ser orientado. La empresa u organización, en tanto empleadoras, deben impulsar la formación de formadores desde recursos humanos para que repliquen sus conocimientos en lo que a políticas preventivas se refiere; destinar recursos a fin de articular campañas de sensibilización dentro de la empresa; material de difusión que aborde la temática; contar con un área de servicio médico que oriente, pueda derivar y realice el seguimiento y la contención a la persona que se acerca, por sí misma o por la necesidad de algún compañero.

En el lugar de trabajo ¿qué hacer?

El consumo de drogas, tal como se señaló, puede ocurrir en el lugar de trabajo o de él, pero igualmente sus efectos se harán sentir durante la jornada laboral.

Éste es un medio adulto, donde las personas que transitan por él pueden intervenir preventivamente ante casos que se den entre sus compañeros, subordinados o personal directivo en circunstancias laborales.

Es necesario anticiparse para prevenir un mal mayor. "Observar"; poder distinguir las señales que indiquen que alguien está padeciendo el consumo de drogas.

Hay diferentes circunstancias en las que puede ser necesario actuar al detectarse un consumo problemático en el lugar de trabajo:

**1. Cuando se presume que la persona está
atravesando un consumo problemático**



**2. Cuando se presume que la persona
está intoxicada**



**3. Cuando la persona está bajo tratamiento
por consumo de drogas**



**4. Cuando hay venta de drogas en el lugar
de trabajo**

1. Cuando se presume que la persona está atravesando un consumo problemático

Generar espacios de diálogo y reflexión que permitan al trabajador expresar qué le está pasando. Generalmente se cuenta con la figura del delegado gremial que puede contener al trabajador, acompañarlo al servicio médico e interiorizarse de su problemática. El sector de Recursos Humanos debe contar con personal capacitado para recibir el pedido de recursos y administrar las medidas que considere necesarias.

El servicio médico, ya sea en el propio lugar de trabajo o en lugares cercanos de derivación, debe contar con profesionales específicos que puedan aconsejar y orientar al consultante.

2. Cuando se presume que la persona está intoxicada

Una persona en estado de intoxicación necesita de atención médica para que la evalúe y establezca un diagnóstico.

En el ámbito de trabajo se debe dar respuesta precisa, sin estigmatizaciones ni conductas erróneas de protección (como ocultar a la persona en los vestuarios o baños para que no pierda su premio por presentismo).

Es importante que en el lugar de trabajo se cuente con una guía de recursos institucionales que trabajen el tema a nivel local, lo que permite: orientar las acciones que es necesario articular para la atención. Coordinar acciones con los equipos de apoyo, si se cuenta con ellos.

3. Cuando la persona está bajo tratamiento por consumo de drogas

El consumidor problemático de drogas que está bajo tratamiento necesita mantener su calidad de trabajador. El lazo con el trabajo lo mantiene unido a las buenas prácticas sociales. Es necesario que conserve su trabajo, adecuándolo a sus necesidades a medida que avanza el tratamiento.

4. Cuando hay venta de drogas en el lugar de trabajo

Es importante desactivar los focos de venta. Esto constituye un delito. Ante el conocimiento de esta circunstancia se debe poner en conocimiento de las autoridades del establecimiento o lugar de trabajo dicha circunstancia y notificar al sindicato correspondiente para que actúe en protección de sus afiliados.

OTROS ACTORES

■ **SEDRONAR**

0800-222-1133

www.sedronar.gov.ar

■ **Ministerio de Salud de la Nación**

Dirección de Salud Mental y Adicciones

(011) 4379-9162

www.msal.gov.ar/saludmental/

PRIMEROS AUXILIOS

Ante una emergencia una persona en estado de intoxicación alcohólica necesita atención de primeros auxilios.

- **Eta**pa de **excitación**: observar a la persona hasta que ceda el cuadro. No requiere tratamiento específico.
- **Eta**pa de **agresividad o agitación**: sujetar físicamente a la persona o sedarla. Esto último debe ser realizado por personal profesional de salud.
- **Coma**: constituye una **urgencia médica**.
- Buscar ayuda médica de emergencia.
- Mientras llega la ayuda médica **no debe permitirse que la persona se duerma**. Esto puede ser fatal dado que la concentración de alcohol en el cuerpo puede aumentar aún después de que la persona pierda el conocimiento.
- **Posición de recuperación en una persona inconsciente por ebriedad**.
 1. Colocar el cuerpo acostado sobre el piso en posición lateral sobre el costado derecho.
 2. La pierna y el brazo derechos deben quedar flexionados y sobre ellos dejar descansar el peso del cuerpo.
 3. Pierna izquierda flexionada, para equilibrar el cuerpo.
 4. La mano izquierda se coloca bajo la cara.

NO AL CAFÉ

Es falso que la cafeína contrarreste los efectos del alcohol. Por el contrario, sirve como plataforma de entrada al torrente sanguíneo y aumenta la pérdida de agua que el alcohol ya ha iniciado

Instancias de eficacia terapéutica

Son dispositivos de eficacia en el tratamiento de adicciones; su éxito terapéutico indica además beneficios secundarios que impactan en el entorno, familiar, laboral y social.

- Centros de alta complejidad psiquiátrica y de desintoxicación.
- Unidades psiquiátricas de mínima complejidad.
- Consultorios de atención comunitaria.
- Centro de día.
- Centros de orientación.
- Centro de reinserción.
- Grupos terapéuticos.
- Grupos de orientación.
- Grupos de fortalecimiento familiar.
- Grupos de autoayuda.
- Terapias individuales.
- Terapias familiares.
- Terapias ocupacionales.
- Talleres de reflexión.
- Talleres laborales.
- Talleres de recreación.

Bibliografía

- Caro, Susana, El proceso terapéutico en adicciones: un cruce de miradas.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. "Observación General"; www.catedradh.unesco.unam.mx
- Freud, Sigmund: El malestar en la cultura. Editorial Amorrortu.
- García Blanco, Lucía: Nociones básicas sobre drogas, Editorial Punto de Encuentro, 2011.
- GATS, "Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos", Ministerio de Salud de la Nación, 2012.
- Hipócrates, Corpus Hipocraticus, siglo V y IV a.C.
- Ladero, Lorenzo M., Leza, J. C., Lizasoain, I.: Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 3ra. Edición Ed. Panamericana.

- Le Poulichet, Sylvie: Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo. Buenos Aires, Editorial Amorrortu, 1991.
- Manual de prevención del consumo de drogas en el mundo laboral, 2002. CONACE. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud de la Nación: Efectos del consumo del tabaco en la salud.
- Valencia, J., Gómez, A.: Ausentismo laboral y su relación con el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, CICAD.
- www.diccionariojuridico.mx

Constitución Nacional

Artículo 19 - Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

Nuestra ley máxima da el marco general dentro del cual debemos entender las acciones privadas lo que es aplicable al consumo de drogas y sustancias psicotrópicas. Así, concede que cuando una conducta no afecta los intereses de terceros el sujeto debe tener libertad, jurídica y social para realizar la acción y atenerse a sus consecuencias ya que esa decisión es un acto subjetivo. Pero el mismo artículo estipula los límites que operan en el ámbito de las relaciones sociales e intersubjetivas y entonces determina que esas acciones no deben ofender al orden y a la moral pública, ni perjudicar a un tercero,

Ley de Salud Mental N°26.657

Desde la promulgación de la nueva ley de Salud Mental N°26.657, el sujeto con padecimiento mental ha pasado de ser un objeto de protección a un sujeto de pleno derecho. Este cambio de Paradigma posibilita otra mirada sobre el consumidor de drogas y sustancias psicotrópicas, otro modo de pensar y de tratar a las personas con trastornos mentales y a aquellas con padecimiento por el

Resulta que todo sujeto tiene derechos a:

- Recibir asistencia integral, personalizada, sin discriminación y con respeto.
- Que se mantenga la confidencialidad del caso.
- Recibir información veraz y comprensible.

Artículo 4° - "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud."

Ámbito de aplicación

Artículo 6° - Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Esto ratifica el accionar que deben tener las obras sociales y prepagas en relación a brindar asistencia a las personas con tal problemática como parte del plan médico obligatorio (PMO):

- **Ley N° 24.455** - Obligatoriedad para las Obras Sociales de incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.
- **Ley N° 24.754** - Obligatoriedad para empresas de medicina prepaga de incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente de uso de estupefacientes.

A. Tratados Internacionales ratificados, sin Jerarquía Constitucional **Convenio Sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 Naciones Unidas**

Artículo 20

Medidas contra el uso indebido de sustancias psicotrópicas

- 1.** Las Partes adoptarán todas las medidas posibles para prevenir el uso indebido de sustancias psicotrópicas y asegurar la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas, y coordinarán sus esfuerzos en este sentido.
- 2.** Las Partes fomentarán en la medida de lo posible la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes hagan uso indebido de sustancias psicotrópicas.
- 3.** Las Partes prestarán asistencia a las personas cuyo trabajo así lo exija para que lleguen a conocer los problemas del uso indebido de sustancias psicotrópicas y de su prevención, y fomentarán asimismo ese conocimiento entre el público en general, si existe el peligro de que se difunda el uso indebido de tales sustancias.

B. Leyes nacionales

Obras Sociales

Ley N° 24.455

Sancionada: 08/02/1995.

Promulgada: 01/03/1995.

ARTÍCULO 1° - Todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley N° 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley N° 23.661, deberán incorporar como prestaciones obligatorias:
[...]

- b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes;
- c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

ARTÍCULO 2° - Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la Ley N° 23.737 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

ARTÍCULO 3° - Las obras sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 1 de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL para su aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo

Ley N° 24.788

Sancionada: 05/03/1997.

Promulgada de Hecho: 31/03/1997.

ARTÍCULO 10 - Los establecimientos médico-asistenciales públicos, del sistema de seguridad social y privado, deberán encarar acciones de prevención primaria de acuerdo a su nivel de complejidad; y de detección precoz de la patología vinculada con el consumo excesivo de alcohol.

ARTÍCULO 12.-Las obras sociales y asociaciones de obras sociales, incluidas en la Ley N° 23.660, recipiendarias del Fondo de Redistribución de la Ley N° 23.661, y las entidades de medicina prepaga, deberán reconocer en la cobertura para los tratamientos médicos, farmacológicos y/o psicológicos, la patología del consumo de alcohol, determinada en la Clasificación Internacional de Enfermedades declaradas por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Deberán brindar a los pacientes alcohólicos la asistencia y rehabilitación que su estado requiera, como asimismo encarar acciones de prevención primaria.

ARTÍCULO 13 - Las obras sociales elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo precedente que deberán presentados ante la ANSSAL para su aprobación y financiamiento, previa existencia en el presupuesto general de la Nación de partidas específicas destinadas a tal fin.

Fallos de la Corte Suprema de Justicia de La Nación

“R.M.J s/insania” (CSJN, 19/2/2008)

“Tufano, Ricardo Alberto s/ internación” (CSJN, 27/12/2005)

“Arriola, Sebastián y otros s/ causa n° 9080” (CSJN, 25/08/2009)

Riesgos del Trabajo

Ley N°24.557

Objetivos y ámbito de aplicación. Prevención de los riesgos del trabajo. Contingencias y situaciones cubiertas. Prestaciones dinerarias y en especie. Determinación y revisión de las incapacidades. Régimen financiero. Gestión de las prestaciones. Derechos, deberes y prohibiciones. Fondos de Garantía y de Reserva. Entes de regulación y supervisión. Responsabilidad civil del empleador. Órgano Tripartito de Participación. Normas generales y complementarias. Disposiciones finales.

Sancionada: 13/09/1995

Promulgada: 03/10/ 1995

Ver: Antecedentes normativos.

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

CAPÍTULO I

OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN DE LA LEY

ARTÍCULO 1° - Normativa aplicable y objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT).

1. La prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo se regirán por esta LRT y sus normas reglamentarias.

2. Son objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo (LRT):

- a) reducir la siniestralidad laboral a través de la prevención de los riesgos derivados del trabajo;
- b) reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, incluyendo la rehabilitación del trabajador damnificado;
- c) promover la recalificación y la recolocación de los trabajadores damnificados;
- d) promover la negociación colectiva laboral para la mejora de las medidas de prevención y de las prestaciones reparadoras.

ARTÍCULO 2° - Ámbito de aplicación.

1. Están obligatoriamente incluidos en el ámbito de la LRT:

- a) los funcionarios y empleados del sector público nacional, de las provincias y sus municipios y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires;
- b) los trabajadores en relación de dependencia del sector privado;
- c) las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública.

2. El Poder Ejecutivo nacional podrá incluir en el ámbito de la LRT a:

- a) los trabajadores domésticos;
- b) los trabajadores autónomos;
- c) los trabajadores vinculados por relaciones no laborales;
- d) los bomberos voluntarios.

ARTÍCULO 3° - Seguro obligatorio y autoseguro.

1. Esta LRT rige para todos aquellos que contraten a trabajadores incluidos en su ámbito de aplicación.

2. Los empleadores podrán autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación;

- a) solvencia económico-financiera para afrontar las prestaciones de ésta ley;
- b) garanticen los servicios necesarios para otorgar las prestaciones de asistencia médica y las demás previstas en el artículo 20 de la presente ley.

3. Quienes no acrediten ambos extremos deberán asegurarse obligatoriamente en una “aseguradora de riesgos del trabajo (ART)” de su libre elección.

4. El Estado nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente autoasegurarse.

CAPÍTULO II

DE LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO

ARTÍCULO 4° - Obligaciones de las partes.

1. Los empleadores y los trabajadores comprendidos en el ámbito de la LRT, así como las ART están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

A tal fin, y sin perjuicio de otras actuaciones establecidas legalmente, dichas partes deberán asumir compromisos concretos de cumplir con las normas sobre higiene y seguridad en el trabajo. Estos compromisos podrán adoptarse en forma unilateral, formar parte de la negociación colectiva, o incluirse dentro del contrato entre la ART y el empleador.

2. Las aseguradoras de riesgos del trabajo deberán establecer exclusivamente para cada una de las empresas o establecimientos considerados críticos, de conformidad a lo que determine la autoridad de aplicación, un plan de acción que contemple el cumplimiento de las siguientes medidas:

- a) la evaluación periódica de los riesgos existentes y su evolución;
- b) visitas periódicas de control de cumplimiento de las normas de prevención de riesgos del trabajo y del plan de acción elaborado en cumplimiento de este artículo;
- c) definición de las medidas correctivas que deberán ejecutar las empresas para reducir los riesgos identificados y la siniestralidad registrada;
- d) una propuesta de capacitación para el empleador y los trabajadores en materia de prevención de riesgos del trabajo.

Las ART y los empleadores estarán obligados a informar a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo o a las administraciones de trabajo provinciales, según corresponda, la formulación y el desarrollo del plan de acción establecido en el presente artículo, conforme lo disponga la reglamentación.

(Apartado sustituido por art. 1° del **Decreto N°.1278/2000**, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

3. A los efectos de la determinación del concepto de empresa crítica, la autoridad de aplicación deberá considerar especialmente, entre otros parámetros, el grado de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, así como el índice de siniestralidad de la empresa. (Apartado sustituido por art. 1° del Decreto N°1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

4. La ART controlará la ejecución del plan de acción y estará obligada a denunciar los incumplimientos a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (Apartado sustituido por art. 1° del Decreto N°.1278/2000, BO.03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

5. Las discrepancias acerca de la ejecución del plan de acción serán resueltas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (Apartado sustituido por art. 1° del **Decreto N°1.278/2000**, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

(Nota Infoleg: Por art. 4° del **Decreto N° 617/97**, BO 11/07/1997, se establece que el plazo para la formulación o reformulación de los Planes de Mejoramiento para la actividad agraria, previstos en el presente artículo será de SEIS (6) meses, a partir de la vigencia del mismo.)

ARTÍCULO 5° - Recargo por incumplimientos.

1. Si el accidente de trabajo o la enfermedad profesional se hubiera producido como consecuencia de incumplimientos por parte del empleador de la normativa de higiene y seguridad en el trabajo, éste deberá pagar al Fondo de Garantía, instituido por el artículo 33 de la presente ley, una suma de dinero cuya cuantía se graduará en función de la gravedad del incumplimiento y cuyo tope máximo será de treinta mil pesos (\$ 30.000).

2. La SRT es el órgano encargado de constatar y determinar la gravedad de los incumplimientos, fijar el monto del recargo y gestionar el pago de la cantidad resultante.

CAPÍTULO III

CONTINGENCIAS Y SITUACIONES CUBIERTAS

ARTÍCULO 6° - Contingencias.

1. Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo. El trabajador podrá declarar por escrito ante el empleador, y éste dentro de las setenta y dos (72) horas ante el asegurador, que el itinere se modifica por razones de estudio, concurrencia a otro empleo o atención de familiar directo enfermo y no conviviente, debiendo presentar el pertinente certificado a requerimiento del empleador dentro de los tres (3) días hábiles de requerido.

2. a) Se consideran enfermedades profesionales aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo, conforme al procedimiento del artículo 40, apartado 3, de esta ley. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

Las enfermedades no incluidas en el listado, como sus consecuencias, no serán consideradas resarcibles, con la única excepción de lo dispuesto en los incisos siguientes:

2. b) Serán igualmente consideradas enfermedades profesionales aquellas otras que, en cada caso concreto, la Comisión Médica Central determine como provocadas por causa directa e inmediata de la ejecución del trabajo, excluyendo la influencia de los factores atribuibles al trabajador o ajenos al trabajo.

A los efectos de la determinación de la existencia de estas contingencias, deberán cumplirse las siguientes condiciones:

i) El trabajador o sus derechohabientes deberán iniciar el trámite mediante una petición fundada, presentada ante la Comisión Médica Jurisdiccional, orientada a demostrar la concurrencia de los agentes de riesgos, exposición, cuadros clínicos y actividades con eficiencia causal directa respecto de su dolencia.

ii) La Comisión Médica Jurisdiccional sustanciará la petición con la audiencia del o de los interesados así como del empleador y la ART garantizando el debido proceso, producirá las medidas de prueba necesarias y emitirá resolución debidamente fundada en peritajes de rigor científico.

En ningún caso se reconocerá el carácter de enfermedad profesional a la que sea consecuencia inmediata, o mediata previsible, de factores ajenos al trabajo o atribuibles al trabajador, tales como la predisposición o labilidad a contraer determinada dolencia.

2. c) Cuando se invoque la existencia de una enfermedad profesional y la ART considere que la misma no se encuentra prevista en el listado de enfermedades profesionales, deberá sustanciarse el procedimiento del inciso 2b. Si la Comisión Médica Jurisdiccional entendiese que la enfermedad encuadra en los presupuestos definidos en dicho inciso, lo comunicará a la ART, la que, desde esa oportunidad y hasta tanto se resuelva en definitiva la situación del trabajador, estará obligada a brindar todas las prestaciones contempladas en la presente ley. En tal caso, la Comisión Médica Jurisdiccional deberá requerir de inmediato la intervención de la Comisión Médica Central para que convalide o rectifique dicha opinión. Si el pronunciamiento de la Comisión Médica Central no convalidase la opinión de la Comisión Médica Jurisdiccional, la ART cesará en el otorgamiento de las prestaciones a su cargo. Si la Comisión Médica Central convalidara el pronunciamiento deberá, en su caso, establecer simultáneamente el porcentaje de incapacidad del trabajador damnificado, a los efectos del pago de las prestaciones dinerarias que correspondieren. Tal decisión, de alcance circunscripto al caso individual resuelto, no importará la modificación del listado de enfermedades profesionales vigente. La Comisión Médica Central deberá expedirse dentro de los 30 días de recibido el requerimiento de la Comisión Médica Jurisdiccional.

2. d) Una vez que se hubiera pronunciado la Comisión Médica Central quedarán expeditas las posibles acciones de repetición a favor de quienes hubieran afrontado prestaciones de cualquier naturaleza, contra quienes resultaren en definitiva responsables de haberlas asumido.

(Apartado sustituido por el art. 2° del **Decreto N°.1278/2000**, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

3. Están excluidos de esta ley:

- a)** Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador o por fuerza mayor extraña al trabajo.
- b)** Las incapacidades del trabajador preexistentes a la iniciación de la relación laboral y acreditadas en el examen preocupacional efectuado según las pautas establecidas por la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 7° - Incapacidad Laboral Temporaria.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales.

2. La situación de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) cesa por:

- a)** alta médica;
- b)** declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP);
- c)** transcurso de un año desde la primera manifestación invalidante;
- d)** muerte del damnificado.

ARTÍCULO 8° - Incapacidad Laboral Permanente.

1. Existe situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laborativa.

2. La Incapacidad Laboral Permanente (ILP) será total, cuando la disminución de la capacidad laborativa permanente fuere igual o superior al 66%, y parcial, cuando fuere inferior a este porcentaje.

3. El grado de incapacidad laboral permanente será determinado por las comisiones médicas de esta ley, en base a la tabla de evaluación de las incapacidades laborales, que elaborará el Poder Ejecutivo nacional y ponderará, entre otros factores, la edad del trabajador, el tipo de actividad y las posibilidades de reubicación laboral.

4. El Poder Ejecutivo nacional garantizará, en los supuestos que correspondiese, la aplicación de criterios homogéneos en la evaluación de las incapacidades dentro del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) y de la LRT.

ARTÍCULO 9° - Carácter provisorio y definitivo de la ILP.

1. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una prestación de pago mensual, tendrá carácter provisorio durante los 36 meses siguientes a su declaración.

Este plazo podrá ser extendido por las comisiones médicas, por un máximo de 24 meses más, cuando no exista certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

En los casos de Incapacidad Laboral Permanente parcial el plazo de provisionalidad podrá ser reducido si existiera certeza acerca del carácter definitivo del porcentaje de disminución de la capacidad laborativa.

Vencidos los plazos anteriores, la Incapacidad Laboral Permanente tendrá carácter definitivo.

2. La situación de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) que diese derecho al damnificado a percibir una suma de pago único tendrá carácter definitivo a la fecha del cese del período de incapacidad temporaria.

ARTÍCULO 10 - Gran invalidez.

Existe situación de gran invalidez cuando el trabajador en situación de Incapacidad Laboral Permanente total necesite la asistencia continua de otra persona para realizar los actos elementales de su vida.

CAPÍTULO IV **PRESTACIONES DINERARIAS**

ARTÍCULO 11 - Régimen legal de las prestaciones dinerarias.

1. Las prestaciones dinerarias de esta ley gozan de las franquicias y privilegios de los créditos por alimentos. Son, además, irrenunciables y no pueden ser cedidas ni enajenadas.

2. Las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria se ajustarán en función de la variación del AMPO definido en la Ley N° 24.241, de acuerdo a la norma reglamentaria.

(**Nota Infoleg:** por art. 6° primer párrafo del Decreto N°1.694/2009, BO 6/11/2009 se establece que las prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria (ILT) o permanente provisoria mencionadas en el presente inciso, se calcularán, liquidarán y ajustarán de conformidad con lo establecido por el artículo 208 de la Ley de Contrato de Trabajo N°20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N°24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.)

3. El Poder Ejecutivo nacional se encuentra facultado a mejorar las prestaciones dinerarias establecidas en la presente ley cuando las condiciones económicas financieras generales del sistema así lo permitan.

4. En los supuestos previstos en el artículo 14, apartado 2, inciso b; artículo 15, apartado 2; y artículos 17 y 18, apartados 1 de la presente ley, junto con las prestaciones allí previstas los beneficiarios percibirán, además, una compensación dineraria adicional de pago único, conforme se establece a continuación:

- a)** En el caso del artículo 14, apartado 2, inciso b, dicha prestación adicional será de PESOS TREINTA MIL (\$ 30.000).
- b)** En los casos de los artículos 15, apartado 2 y del artículo 17, apartado 1, dicha prestación adicional será de PESOS CUARENTA MIL (\$ 40.000).
- c)** En el caso del artículo 18, apartado 1, la prestación adicional será de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000).

(**Nota Infoleg:** por el art. 1° del **Decreto N°1.694/2009**, BO 6/11/2009, se elevan las sumas de las compensaciones dinerarias adicionales de pago único, previstas en los apartados a), b) y c) del presente inciso, a PESOS OCHENTA MIL (\$ 80.000), PESOS CIEN MIL (\$ 100.000) y PESOS CIENTO VEINTE MIL (\$ 120.000) respectivamente. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N°24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.

(Apartado incorporado por el art. 3° del Decreto N°1278/2000 B.O. 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial)

ARTÍCULO 12 - Ingreso base.

1. A los efectos de determinar la cuantía de las prestaciones dinerarias se considera ingreso base la cantidad que resulte de dividir la suma total de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones con destino al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, devengadas en los DOCE (12) meses anteriores a la primera manifestación invalidante, o en el tiempo de prestación de servicio si fuera menor a UN (1) año, por el número de días corridos comprendidos en el período considerado.

(Apartado sustituido por art. 4º del Decreto Nº1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

2. El valor mensual del ingreso base resulta de multiplicar la cantidad obtenida según el apartado anterior por 30,4.

ARTÍCULO 13 - Prestaciones por Incapacidad Laboral Temporaria.

1. A partir del día siguiente a la primera manifestación invalidante y mientras dure el período de Incapacidad Laboral Temporaria (ILT), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual, de cuantía igual al valor mensual del ingreso base.

La prestación dineraria correspondiente a los primeros diez días estará a cargo del empleador.

Las prestaciones dinerarias siguientes estarán a cargo de la ART la que, en todo caso, asumirá las prestaciones en especie.

El pago de la prestación dineraria deberá efectuarse en el plazo y en la forma establecida en la Ley Nº20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias para el pago de las remuneraciones a los trabajadores.

(Apartado sustituido por el art. 5º del Decreto Nº1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

2. El responsable del pago de la prestación dineraria retendrá los aportes y efectuará las contribuciones correspondientes a los subsistemas de Seguridad Social que integran el SUSS o los de ámbito provincial que los reemplazan, exclusivamente, conforme la normativa previsional vigente debiendo abonar, asimismo, las asignaciones familiares.

(Apartado sustituido por el art. 5° del Decreto N°1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

3. Durante el periodo de Incapacidad Laboral Temporaria, originada en accidentes de trabajo o en enfermedades profesionales, el trabajador no devengará remuneraciones de su empleador, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del apartado 1 del presente artículo.

ARTÍCULO 14 - Prestaciones por Incapacidad Permanente Parcial (IPP).

1. Producido el cese de la Incapacidad Laboral Temporaria y mientras dure la situación de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad, además de las asignaciones familiares correspondientes, hasta la declaración del carácter definitivo de la incapacidad.

2. Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Parcial (IPP), el damnificado percibirá las siguientes prestaciones:

a) Cuando el porcentaje de incapacidad sea igual o inferior al CINCUENTA POR CIENTO (50%) una indemnización de pago único, cuya cuantía será igual a CINCUENTA Y TRES (53) veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por un coeficiente que resultará de dividir el número SESENTA Y CINCO (65) por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esta suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$ 180.000) por el porcentaje de incapacidad.

b) Cuando el porcentaje de incapacidad sea superior al CINCUENTA POR CIENTO (50%) e inferior al SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%), una Renta Periódica –contratada en los términos de esta ley– cuya cuantía será igual al valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Esta prestación está sujeta a la retención de aportes de la Seguridad Social y contribuciones para asignaciones familiares hasta que el damnificado se encuentre en condiciones de acceder a la jubilación por cualquier causa. El valor actual esperado de la renta periódica en ningún caso será superior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$ 180.000). Deberá asimismo adicionarse la prestación complementaria prevista en el artículo 11, apartado 4, de la presente ley. (Nota Infoleg: por el art. 2° del Decreto N°1.694/2009 BO 6/11/2009 se suprimen los topes previstos en los apartados a) y b) del presente inciso. Por el art. 3° de la misma norma se establece que la indemnización que corresponda por aplicación de dicho inciso nunca será inferior al monto que resulte de multiplicar PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$ 180.000 -) por el porcentaje de incapacidad. Vigencia: a partir de

su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N°24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.)

(Artículo sustituido por art. 6° del Decreto N°1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 15 - Prestaciones por Incapacidad Permanente Total (IPT).

1. Mientras dure la situación de provisionalidad de la Incapacidad Laboral Permanente Total, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual equivalente al SETENTA POR CIENTO (70%) del valor mensual del ingreso base. Percibirá, además, las asignaciones familiares correspondientes, las que se otorgarán con carácter no contributivo.

Durante este período, el damnificado no tendrá derecho a las prestaciones del sistema previsional, sin perjuicio del derecho a gozar de la cobertura del seguro de salud que le corresponda, debiendo la ART retener los aportes respectivos para ser derivados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, u otro organismo que brindare tal prestación.

2. Declarado el carácter definitivo de la Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT), el damnificado percibirá las prestaciones que por retiro definitivo por invalidez establezca el régimen previsional al que estuviere afiliado.

Sin perjuicio de la prestación prevista por el apartado 4 del artículo 11 de la presente ley, el damnificado percibirá, asimismo, en las condiciones que establezca la reglamentación, una prestación de pago mensual complementaria a la correspondiente al régimen previsional. Su monto se determinará actuarialmente en función del capital integrado por la ART. Ese capital equivaldrá a CINCUENTA Y TRES (53) veces el valor mensual del ingreso base, multiplicado por un coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante y no podrá ser superior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$ 180.000). (Nota Infoleg: por el art. 4° del Decreto N°1.694/2009, BO 6/11/2009 se establece que la indemnización que corresponda por aplicación del presente inciso, nunca será inferior a PESOS CIENTO OCHENTA MIL (\$ 180.000 -). Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N°24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.)

3. Cuando la Incapacidad Permanente Total no deviniere en definitiva, la ART se hará cargo del capital de recomposición correspondiente, definido en la Ley N°24.241 (artículo 94) o, en su caso, abonará una suma equivalente al régimen previsional a que estuviese afiliado el damnificado.

(Artículo sustituido por el art. 7° del Decreto N°.1278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 16 - Retorno al trabajo por parte del damnificado.

1. La percepción de prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Permanente es compatible con el desempeño de actividades remuneradas por cuenta propia o en relación de dependencia.

2. El Poder Ejecutivo Nacional podrá reducir los aportes y contribuciones al Sistema de Seguridad Social, correspondientes a supuestos de retorno al trabajo de trabajadores con Incapacidad Laboral Permanente.

3. Las prestaciones establecidas por esta ley son compatibles con las otras correspondientes al régimen previsional a las que el trabajador tuviere derecho, salvo lo previsto en el artículo 15, segundo párrafo del apartado 1, precedente.

(Artículo sustituido por art. 8° del Decreto N°1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 17 - Gran invalidez.

1. El damnificado declarado gran inválido percibirá las prestaciones correspondientes a los distintos supuestos de Incapacidad Laboral Permanente Total (IPT).

2. Adicionalmente, la ART abonará al damnificado una prestación de pago mensual equivalente a tres veces el valor del AMPO definido por la Ley N° 24.241 (artículo 21), que se extinguirá a la muerte del damnificado. (Nota Infoleg: por el art. 5° del Decreto N°1.694/2009, BO 6/11/2009 se establece en la suma de PESOS DOS MIL (\$ 2.000) la prestación adicional de pago mensual prevista en el presente inciso. Por el art. 6° segundo párrafo de la misma norma se establece que dicha prestación se ajustará en la misma proporción en que lo sean las prestaciones del

Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley N°24.241, modificado por su similar N°26.417. Vigencia: a partir de su publicación en el Boletín Oficial y se aplicarán a las contingencias previstas en la Ley N°24.557 y sus modificaciones cuya primera manifestación invalidante se produzca a partir de esa fecha.)

ARTÍCULO 18 - Muerte del damnificado.

1. Los derechohabientes del trabajador accederán a la pensión por fallecimiento prevista en el régimen previsional al que estuviera afiliado el damnificado y a las prestaciones establecidas en el segundo párrafo del apartado 2 del artículo 15 de esta ley, además de la prevista en su artículo 11, apartado cuarto.

2. Se consideran derechohabientes a los efectos de esta ley, a las personas enumeradas en el artículo 53 de la Ley N°24.241, quienes concurrirán en el orden de prelación y condiciones allí señaladas. El límite de edad establecido en dicha disposición se entenderá extendido hasta los VEINTIUN (21) años, elevándose hasta los VEINTICINCO (25) años en caso de tratarse de estudiantes a cargo exclusivo del trabajador fallecido. En ausencia de las personas enumeradas en el referido artículo, accederán los padres del trabajador en partes iguales; si hubiera fallecido uno de ellos, la prestación será percibida íntegramente por el otro. En caso de fallecimiento de ambos padres, la prestación corresponderá, en partes iguales, a aquellos familiares del trabajador fallecido que acrediten haber estado a su cargo. La reglamentación determinará el grado de parentesco requerido para obtener el beneficio y la forma de acreditar la condición de familiar a cargo.

(Artículo sustituido por el art. 9º del Decreto N°1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 19 - (Artículo derogado por art. 17, punto 1 de la Ley N°26.773, BO 26/10/2012)

CAPÍTULO V

PRESTACIONES EN ESPECIE

ARTÍCULO 20. -

1. Las ART otorgarán a los trabajadores que sufran algunas de las contingencias previstas en esta ley las siguientes prestaciones en especie:

- a) asistencia médica y farmacéutica;
- b) prótesis y ortopedia;
- c) rehabilitación;
- d) recalificación profesional; y
- e) servicio funerario.

2. Las ART podrán suspender las prestaciones dinerarias en caso de negativa injustificada del damnificado, determinada por las comisiones médicas, a percibir las prestaciones en especie de los incisos a), c) y d).

3. Las prestaciones a que se hace referencia en el apartado 1, incisos a), b) y c) del presente artículo, se otorgaran a los damnificados hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas incapacitantes, de acuerdo a como lo determine la reglamentación.

CAPÍTULO VI

DETERMINACIÓN Y REVISIÓN DE LAS INCAPACIDADES

ARTÍCULO 21 - Comisiones médicas.

1. Las comisiones médicas y la Comisión Médica Central creadas por la ley 24.241 (artículo 51), serán las encargadas de determinar:

- a) la naturaleza laboral del accidente o profesional de la enfermedad;
- b) el carácter y grado de la incapacidad;
- c) el contenido y alcances de las prestaciones en especie.

2. Estas comisiones podrán, asimismo, revisar el tipo, carácter y grado de la incapacidad, y –en las materias de su competencia– resolver cualquier discrepancia que pudiera surgir entre la ART y el damnificado o sus derechohabientes.

3. La reglamentación establecerá los procedimientos a observar por y ante las comisiones médicas, así como el régimen arancelario de las mismas.

4. En todos los casos el procedimiento será gratuito para el damnificado, incluyendo traslados y estudios complementarios.

5. En lo que respecta específicamente a la determinación de la naturaleza laboral del accidente prevista en el inciso a) del apartado 1 de este artículo y siempre que al iniciarse el trámite

quedare planteada la divergencia sobre dicho aspecto, la comisión actuante, garantizando el debido proceso, deberá requerir, conforme se establezca por vía reglamentaria, un dictamen jurídico previo para expedirse sobre dicha cuestión. (Apartado incorporado por el art. 11 del Decreto N°.1278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)

ARTÍCULO 22 - Revisión de la incapacidad.

Hasta la declaración del carácter definitivo de la incapacidad y a solicitud del obligado al pago de las prestaciones o del damnificado, las comisiones médicas efectuaran nuevos exámenes para revisar el carácter y grado de incapacidad anteriormente reconocidos.

CAPÍTULO VII **RÉGIMEN FINANCIERO**

ARTÍCULO 23 - Cotización.

- 1.** Las prestaciones previstas en esta ley a cargo de las ART, se financiarán con una cuota mensual a cargo del empleador.
- 2.** Para la determinación de la base imponible se aplicarán las reglas de la Ley N° 24.241 (artículo 9°), incluyéndose todas las prestaciones que tengan carácter remuneratorio a los fines del SIJP.
- 3.** La cuota debe ser declarada y abonada conjuntamente con los aportes y contribuciones que integran la CUSS. Su fiscalización, verificación y ejecución estará a cargo de la ART.

ARTÍCULO 24 - (Artículo derogado por el art. 17, punto 1, de la Ley N°26.773, BO 26/10/2012).

ARTÍCULO 25 - Tratamiento impositivo.

- 1.** Las cuotas del artículo 23 constituyen gasto deducible a los efectos del impuesto a las ganancias.
- 2.** Los contratos de afiliación a una ART están exentos de todo impuesto o tributo nacional.
- 3.** El contrato de renta periódica goza de las mismas exenciones impositivas que el contrato de renta vitalicia provisional.

4. Invítase a las provincias a adoptar idénticas exenciones que las previstas en el apartado anterior.
5. Las reservas obligatorias de la ART están exentas de impuestos.

CAPÍTULO VIII

GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 26 - Aseguradoras de riesgo del trabajo.

1. Con la salvedad de los supuestos del régimen del autoseguro, la gestión de las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la SRT, y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas “Aseguradoras de Riesgos del Trabajo” (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera, capacidad de gestión, y demás recaudos previstos en esta ley, en la Ley N° 20.091, y en sus reglamentos.

2. La autorización conferida a una ART será revocada:

- a) por las causas y procedimientos previstos en esta ley, en la ley 20.091, y en sus respectivos reglamentos;
- b) por omisión de otorgamiento íntegro y oportuno de las prestaciones de ésta LRT;
- c) cuando se verifiquen deficiencias graves en el cumplimiento de su objeto, que no sean subsanadas en los plazos que establezca la reglamentación.

3. Las ART tendrán como único objeto el otorgamiento de las prestaciones que establece esta ley, en el ámbito que –de conformidad con la reglamentación– ellas mismas determinen.

4. Las ART podrán, además, contratar con sus afiliados:

- a) el otorgamiento de las prestaciones dinerarias previstas en la legislación laboral para los casos de accidentes y enfermedades inculpables; y,
- b) la cobertura de las exigencias financieras derivadas de los juicios por accidentes y enfermedades de trabajo con fundamento en leyes anteriores.

Para estas dos operatorias la ART fijará libremente la prima, y llevará una gestión económica y financiera separada de la que corresponda al funcionamiento de la LRT.

Ambas operatorias estarán sometidas a la normativa general en materia de seguros.

5. El capital mínimo necesario para la constitución de una ART será de tres millones de pesos (\$ 3.000.000) que deberá integrarse al momento de la constitución. El Poder Ejecutivo nacional podrá modificar el capital mínimo exigido, y establecer un mecanismo de movilidad del capital en función de los riesgos asumidos.

6. Los bienes destinados a respaldar las reservas de la ART no podrán ser afectados a obligaciones distintas de las derivadas de esta ley, ni aun en caso de liquidación de la entidad.

En este último caso, los bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT.

7. Las ART deberán disponer, con carácter de servicio propio o contratado, de la infraestructura necesaria para proveer adecuadamente las prestaciones en especie previstas en esta ley. La contratación de estas prestaciones podrá realizarse con las obras sociales.

ARTÍCULO 27 - Afiliación.

1. Los empleadores no incluidos en el régimen de autoseguro deberán afiliarse obligatoriamente a la ART que libremente elijan, y declarar las altas y bajas que se produzcan en su plantel de trabajadores.

2. La ART no podrá rechazar la afiliación de ningún empleador incluido en su ámbito de actuación.

3. La afiliación se celebrará en un contrato cuya forma, contenido, y plazo de vigencia determinará la SRT.

4. La renovación del contrato será automática, aplicándose el régimen de Alícuotas vigente a la fecha de la renovación.

5. La rescisión del contrato de afiliación estará supeditada a la firma de un nuevo contrato por parte del empleador con otra ART o a su incorporación en el régimen de autoseguro.

ARTÍCULO 28 - Responsabilidad por omisiones.

1. Si el empleador no incluido en el régimen de autoseguro omitiera afiliarse a una ART, responderá directamente ante los beneficiarios por las prestaciones previstas en esta ley.

2. Si el empleador omitiera declarar su obligación de pago o la contratación de un trabajador, la ART otorgará las prestaciones, y podrá repetir del empleador el costo de éstas.

3. En el caso de los apartados anteriores el empleador deberá depositar las cuotas omitidas en la cuenta del Fondo de Garantía de la ART.

4. Si el empleador omitiera –total o parcialmente– el pago de las cuotas a su cargo, la ART otorgará las prestaciones, y podrá ejecutar contra el empleador las cotizaciones adeudadas.

ARTÍCULO 29 - Insuficiencia patrimonial.

Declarada judicialmente la insuficiencia patrimonial del empleador no asegurado o en su caso, autoasegurado para asumir las obligaciones a su cargo, las prestaciones serán financiadas por la SRT con cargo al Fondo de Garantía de la LRT.

La insuficiencia patrimonial del empleador será probada a través del procedimiento sumarísimo previsto para las acciones meramente declarativas conforme se encuentre regulado en las distintas jurisdicciones donde la misma deba acreditarse.

ARTÍCULO 30 - Autoseguro.

Quienes hubiesen optado por el régimen de autoseguro deberán cumplir con las obligaciones que esta ley pone a cargo del empleador y a cargo de las ART, con la excepción de la afiliación, el aporte al Fondo de Reserva de la LRT y toda otra obligación incompatible con dicho régimen.

CAPÍTULO IX

DERECHOS, DEBERES Y PROHIBICIONES

ARTÍCULO 31 - Derechos, deberes y prohibiciones.

1. Las aseguradoras de riesgos del trabajo:

- a)** denunciarán ante la SRT los incumplimientos de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento;
- b)** tendrán acceso a la información necesaria para cumplir con las prestaciones de la LRT;
- c)** promoverán la prevención, informando a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo acerca de los planes y programas exigidos a las empresas;
- d)** mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento:

- e) informarán a los interesados acerca de la composición de la entidad, de sus balances, de su régimen de alícuotas, y demás elementos que determine la reglamentación;
- f) no podrán fijar cuotas en violación a las normas de la LRT, ni destinar recursos a objetos distintos de los previstos por esta ley;
- g) no podrán realizar exámenes psicofísicos a los trabajadores, con carácter previo a la celebración de un contrato de afiliación.

2. Los empleadores:

- a) recibirán información de la ART respecto del régimen de alícuotas y de las prestaciones, así como asesoramiento en materia de prevención de riesgos;
- b) notificarán a los trabajadores acerca de la identidad de la ART a la que se encuentren afiliados;
- c) denunciarán a la ART y a la SRT los accidentes y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos;
- d) cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento;
- e) mantendrán un registro de siniestralidad por establecimiento.

3. Los trabajadores:

- a) recibirán de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas;
- b) cumplirán con las normas de higiene y seguridad, incluido el plan de mejoramiento, así como con las medidas de recalcificación profesional;
- c) informaran al empleador los hechos que conozcan relacionados con los riesgos del trabajo;
- d) se someterán a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación;
- e) denunciarán ante el empleador los accidentes y enfermedades profesionales que sufran.

ARTÍCULO 32 - Sanciones.

1. El incumplimiento por parte de empleadores autoasegurados, de las ART, las compañías de seguros de retiro de obligaciones a su cargo, será sancionado con una multa de 20 a 2.000 AMPOs (Aporte Medio Previsional Obligatorio), si no resultare un delito más severamente penado.

2. El incumplimiento de los empleadores autoasegurados, de las ART y de las compañías de seguros de retiro, de las prestaciones establecidas en el artículo 20, apartado 1. inciso a), (Asistencia médica y farmacéutica), será reprimido con la pena prevista en el artículo 106 del Código Penal.

- 3.** Si el incumplimiento consistiera en la omisión de abonar las cuotas o de declarar su pago, el empleador será sancionado con prisión, de seis meses a cuatro años.
- 4.** El incumplimiento del emplea autoasegurado, de las ART y de las compañías de seguros de retiro de las prestaciones dinerarias a su cargo, o de los aportes a fondos creados por esta ley será sanción con prisión de dos a seis años.
- 5.** Cuando se trate de personas jurídicas la pena de prisión se aplicará a los directores, gerentes, síndicos, miembros del consejo vigilancia, administradores, mandatarios o representantes que hubiesen intervenido el hecho punible.
- 6.** Los delitos tipificados en los apartado 3 y 4 del presente artículo se configurarán cuando el obligado no diese cumplimiento a los deberes aludidos dentro de los quince días corridos intimado a ello en su domicilio legal.
- 7.** Será competente para entender en delitos previstos en los apartados 3 y 4 del presente artículo la justicia federal.

CAPÍTULO X

FONDO DE LA GARANTÍA DE LA LRT

ARTÍCULO 33 - Creación y recursos.

- 1.** Créase el Fondo de Garantía de la LRT con cuyos recursos se abonarán las prestaciones en caso de insuficiencia patrimonial del empleador, judicialmente declarada.
- 2.** Para que opere la garantía del apartado anterior, los beneficiarios o la ART en su caso, deberán realizar las gestiones indispensables para ejecutar la sentencia y solicitar la declaración de insuficiencia patrimonial en los plazos que fije la reglamentación.
- 3.** El Fondo de Garantía de la LRT será administrado por la SRT y contará con los siguientes recursos:
 - a)** los previstos en esta ley, incluido el importe de las multas por incumplimiento de las normas sobre daños del trabajo y de las normas de higiene y seguridad:
 - b)** una contribución a cargo de los empleadores privados autoasegurados, a fijar por el Poder Ejecutivo nacional, no inferior al aporte equivalente al previsto en el artículo 34.2;

- c) las cantidades recuperadas por la SRT de los empleadores en situación de insuficiencia patrimonial;
- d) las rentas producidas por los recursos del Fondo de Garantía de la LRT, y las sumas que le transfiera la SRT;
- e) donaciones y legados.

4. Los excedentes del Fondo, así como también las donaciones y legados al mismo, tendrán como destino único apoyar las investigaciones, actividades de capacitación, publicaciones y campañas publicitarias que tengan como fin disminuir los impactos desfavorables en la salud de los trabajadores. Estos fondos serán administrados y utilizados en las condiciones que prevea la reglamentación.

CAPÍTULO XI

FONDO DE RESERVA DE LA LRT

ARTÍCULO 34 - Creación y recursos.

1. Créase el Fondo de Reserva de la LRT con cuyos recursos se abonarán o contratarán las prestaciones a cargo de la ART que éstas dejaran de abonar como consecuencia de su liquidación.

2. Este fondo será administrado por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y se formará con los recursos previstos en esta ley y con un aporte a cargo de las ART cuyo monto será anualmente fijado por el Poder Ejecutivo Nacional.

CAPÍTULO XII

ENTES DE REGULACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LA LRT

ARTÍCULO 35 - Creación.

Créase la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación. La SRT absorberá las funciones y atribuciones que actualmente desempeña la Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.

ARTÍCULO 36 - Funciones.

1. La SRT tendrá las funciones que esta ley le asigna y en especial, las siguientes:

- a) controlar el cumplimiento de las norma de higiene y seguridad en el trabajo pudiendo dictar las disposiciones complementarias que resulten de delegaciones de esta ley o de los decretos reglamentarios;
- b) supervisar y fiscalizar el funcionamiento de las ART;
- c) imponer las sanciones previstas en esta ley;
- d) requerir la información necesaria para cumplimiento de sus competencias, pudiendo petionar órdenes de allanamiento y el auxilio de la fuerza pública;
- e) dictar su reglamento interno, administrar su patrimonio, gestionar el Fondo de Garantía, determinar su estructura organizativa y su régimen interno de gestión de recursos humanos;
- f) mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales en el cual se registrarán los datos identificatorios del damnificado y su empresa, época del infortunio. prestaciones abonadas, incapacidades reclamadas y además, deberá elaborar los índices de siniestralidad;
- g) supervisar y fiscalizar a las empresas autoaseguradas y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad del trabajo en ellas.

2. La Superintendencia de Seguros de la Nación tendrá las funciones que le confieren esta ley, la Ley N° 20.091, y sus reglamentos.

ARTÍCULO 37 - Financiamiento.

Los gastos de los entes de supervisión y control se financiarán con aportes de las aseguradoras de riesgos de trabajo (ART) y empleadores autoasegurados conforme la proporción que aquéllos establezcan.

(Artículo sustituido por el art. 74 de la Ley N°24.938, BO 31/12/1997.)

ARTÍCULO 38 - Autoridades y régimen del personal.

1. Un superintendente, designado por el Poder Ejecutivo nacional, previo proceso de selección, será la máxima autoridad de la SRT.

2. La remuneración del superintendente y de los funcionarios superiores del organismo serán fijadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.

3. Las relaciones del personal con la SRT se registrarán por la legislación laboral.

CAPÍTULO XIII

RESPONSABILIDAD CIVIL DEL EMPLEADOR

ARTÍCULO 39 - Responsabilidad civil.

1. (Inciso derogado por el art. 17, punto 1 de la Ley N°26.773 BO 26/10/2012.)

2. (Inciso derogado por el art. 17, punto 1 de la Ley N°26.773 BO 26/10/2012.)

3. (Inciso derogado por el art. 17, punto 1 de la Ley N°26.773 BO 26/10/2012.)

4. Si alguna de las contingencias previstas en el artículo 6° de esta ley hubieran sido causadas por un tercero, el damnificado o sus derechohabientes podrán reclamar del responsable la reparación de los daños y perjuicios que pudieren corresponderle de acuerdo con las normas del Código Civil de las que se deducirá el valor de las prestaciones que haya percibido o deba recibir de la ART o del empleador autoasegurado.

5. En los supuestos de los apartados anteriores, la ART o el empleador autoasegurado, según corresponda, están obligados a otorgar al damnificado o a sus derechohabientes la totalidad de las prestaciones prescriptas en esta ley, pero podrán repetir del responsable del daño causado el valor de las que hubieran abonado, otorgado o contratado.

CAPÍTULO XIV

ÓRGANO TRIPARTITO DE PARTICIPACIÓN

ARTÍCULO 40 - Comité Consultivo Permanente.

1. Créase el Comité Consultivo Permanente de la LRT, integrado por cuatro representantes del gobierno, cuatro representantes de la CGT, cuatro representantes de las organizaciones de empleadores, dos de los cuales serán designados por el sector de la pequeña y mediana empresa, y presidido por el Ministro de Trabajo y Seguridad Social de la Nación.

El Comité aprobará por consenso su reglamento interno, y podrá proponer modificaciones a la normativa sobre riesgos del trabajo y al régimen de higiene y seguridad en el trabajo.

2. Este comité tendrá funciones consultivas en las siguientes materias:

- a)** reglamentación de esta ley;
- b)** listado de enfermedades profesionales previo dictamen de la Comisión Médica Central; (Inciso sustituido por el art. 12 del Decreto N°1.278/2000, BO 03/01/2001. Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.)
- c)** tablas de evaluación de incapacidad laborales;
- d)** determinación del alcance de las prestaciones en especie;
- e)** acciones de prevención de los riesgos del trabajo;
- f)** indicadores determinantes de la solvencia económica financiera de las empresas que pretendan autoasegurarse;
- g)** definición del cronograma de etapas de las prestaciones dinerarias;
- i)** determinación de las pautas y contenidos del plan de mejoramiento.

3. En las materias indicadas, la autoridad de aplicación deberá consultar al comité con carácter previo a la adopción de las medidas correspondientes.

Los dictámenes del comité en relación con los incisos b), c), d) y f) del punto anterior, tendrán carácter vinculante.

En caso de no alcanzar unanimidad, la materia en consulta será sometida al arbitraje del Presidente del Comité Consultivo Permanente de la LRT previsto en el inciso 1, quien laudará entre las propuestas elevadas por los sectores representados.

El listado de enfermedades profesionales deberá confeccionarse teniendo en cuenta la causa directa de la enfermedad con las tareas cumplidas por el trabajador y por las condiciones medio ambientales de trabajo.

CAPÍTULO XV

NORMAS GENERALES Y COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 41 - Normas aplicables.

1. En las materias no reguladas expresamente por esta ley, y en cuanto resulte compatible con la misma, será de aplicación supletoria la Ley N°20.091.

2. No es aplicable al régimen de esta ley el artículo 188 de la Ley N°24.241.

ARTÍCULO 42 - Negociación colectiva.

La negociación colectiva laboral podrá:

- a)** crear aseguradoras de riesgos de trabajo sin fines de lucro, preservando el principio de libre afiliación de los empleadores comprendidos en el ámbito del convenio colectivo de trabajo;
- b)** definir medidas de prevención de los riesgos derivados del trabajo y de mejoramiento de las condiciones de trabajo.

ARTÍCULO 43 - Denuncia.

1. El derecho a recibir las prestaciones de esta ley comienza a partir de la denuncia de los hechos causantes de daños derivados del trabajo.

2. La reglamentación determinará los requisitos de esta denuncia.

ARTÍCULO 44 - Prescripción.

1. Las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral.

2. Prescriben a los 10 (diez) años a contar desde la fecha en que debió efectuarse el pago, las acciones de los entes gestores y de los de la regulación y supervisión de esta ley, para reclamar el pago de sus acreencias.

ARTÍCULO 45 - Situaciones especiales.

Encomiéndose al Poder Ejecutivo de la Nación el dictado de normas complementarias en materia de:

- a)** pluriempleo;
- b)** relaciones laborales de duración determinada y a tiempo parcial;
- c)** sucesión de siniestros; y
- d)** trabajador jubilado o con jubilación postergada.

Esta facultad está restringida al dictado de normas complementarias que hagan a la aplicación y cumplimiento de la presente ley.

ARTÍCULO 46 - Competencia judicial.

1. Las resoluciones de las comisiones médicas provinciales serán recurribles y se sustanciarán ante el juez federal con competencia en cada provincia, ante el cual en su caso se formulará la correspondiente expresión de agravios o ante la Comisión Médica Central a opción de cada trabajador.

La Comisión Médica Central sustanciará los recursos por el procedimiento que establezca la reglamentación.

Las resoluciones que dicte el juez federal con competencia en cada provincia y las que dicte la Comisión Médica Central serán recurribles ante la Cámara Federal de la Seguridad Social. Todas las medidas de prueba, producidas en cualquier instancia, tramitarán en la jurisdicción y competencia donde tenga domicilio el trabajador y serán gratuitas para éste.

2. Para la acción derivada del artículo 1.072 del Código Civil en la Capital Federal será competente la justicia civil.

Invitase a las provincias para que determinen la competencia en esta materia según el criterio establecido precedentemente.

3. El cobro de cuotas, recargos e intereses adeudados a las ART así como las multas, contribuciones a cargo de los empleadores privados autoasegurados y aportes de las ART, se harán efectivos por la vía del apremio regulado en los códigos procesales civiles y comerciales de cada jurisdicción, sirviendo de suficiente título ejecutivo el certificado de deuda expedido por la ART. o por la SRT.

En la Capital Federal se podrá optar por la justicia nacional con competencia en lo laboral o por los juzgados con competencia en lo civil o comercial.

En las provincias serán los tribunales con competencia civil o comercial.

ARTÍCULO 47 - Concurrencia.

1. Las prestaciones serán abonadas, otorgadas o contratadas a favor del damnificado o sus derechohabientes, según el caso, por la ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Cuando la contingencia se hubiera originado en un proceso desarrollado a través del tiempo y en circunstancias tales que se demostrara que hubo cotización o hubiera debido haber cotización a diferentes ART; la ART obligada al pago según el párrafo anterior podrá repetir de las restantes los costos de las prestaciones abonadas u otorgadas a los pagos efectuados, en la proporción en la que cada una de ellas sea responsable conforme al tiempo e intensidad de exposición al riesgo.

Las discrepancias que se originen en torno al origen de la contingencia y las que pudieran plantearse en la aplicación de los párrafos anteriores, deberán ser sometidas a la SRT.

2. Cuando la primera manifestación invalidante se produzca en circunstancia en que no exista ni deba existir cotización a una ART las prestaciones serán otorgadas, abonadas, o contratadas por la última ART a la que se hayan efectuado o debido efectuarse las cotizaciones y en su caso serán de aplicación las reglas del apartado anterior.

ARTÍCULO 48 - Fondos de garantía y de reserva.

1. Los fondos de garantía y de reserva se financiarán exclusivamente con los recursos previstos por la presente ley. Dichos recursos son inembargables frente a beneficiarios y terceros.

2. Dichos fondos no formarán parte del presupuesto general de la administración nacional.

ARTÍCULO 49 - Disposiciones adicionales y finales.

Disposiciones adicionales

PRIMERA: Modificación de la Ley N° 20.744.

Sustitúyese el artículo 75 de la Ley N° 20.744 por el siguiente texto:

1. El empleador está obligado a observar las normas legales sobre higiene y seguridad en el trabajo y a hacer observar las pausas y limitaciones a la duración del trabajo establecidas en el ordenamiento legal.

2. Los daños que sufra el trabajador como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones del apartado anterior, se regirán por las normas que regulan la reparación de los daños provocados por accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, dando lugar únicamente a las prestaciones en ellas establecidas.

SEGUNDA: Modificaciones a la Ley N° 24.241.

Sustitúyese el artículo 177 de la Ley N° 24.241 por el siguiente texto:

El seguro del artículo anterior sólo podrá ser celebrado por las entidades aseguradoras que limiten en forma exclusiva su objeto a esta cobertura y a las prestaciones de pago periódico previstas en la Ley de Riesgos del Trabajo.

Tales entidades podrán operar en otros seguros de personas, que resulten complementarios de las coberturas de seguros de retiro, deberán estar autorizadas por la Superintendencia de Seguros de la Nación, y su razón social deberá contener la expresión “seguros de retiro”.

TERCERA: Modificaciones a la Ley N° 24.028.

Reemplázase el primer párrafo del artículo 15 de la Ley N° 24.028 por el siguiente:

El trabajador que sufra un daño psicofísico por el hecho o en ocasión del trabaja durante el tiempo que estuviese a disposición del empleador. Deberá - previo al inicio de cualquier acción judicial - denunciarlo, a fin de iniciar el procedimiento administrativo obligatorio de conciliación, ante la autoridad administrativa del trabajo. Los jueces no darán traslado de las demandas que no acrediten el cumplimiento de esta obligación.

CUARTA: Compañías de seguros.

1. Las aseguradoras que a la fecha de promulgación de esta ley se encuentren operando en la rama de accidentes de trabajo podrán:

- a) Gestionar las prestaciones y demás acciones previstas en la LRT, siendo sujeto, exclusivamente en lo referente a los riesgos del trabajo, de idénticos derechos y obligaciones que las ART, a excepción de la posibilidad de contratar con un beneficiario una renta periódica, de la obligación de tener objeto único y las exigencias de capitales mínimos. En este último caso, serán de aplicación las normas que rigen la actividad aseguradora general. Recibirán, además igual tratamiento impositivo que las ART.

Los bienes que respalden las reservas derivadas de esta operatoria estarán sujetos al régimen de esta LRT, deberán ser registrados y expresados separadamente de los correspondientes al resto de sus actividades, y no podrán ser afectados al respaldo de otros compromisos.

En caso de liquidación, estos bienes serán transferidos al Fondo de Reserva de la LRT y no podrán ser afectados por créditos o acciones originados en otras operatorias.

- b) Convenir con una ART la transferencia de la totalidad de los siniestros pendientes como consecuencia de esa operatoria, a la fecha que determine la Superintendencia de Seguros de la Nación debiendo, en tal caso, ceder igualmente los activos que respalden la totalidad de dichos pasivos.

QUINTA: Contingencias anteriores.

1. Las contingencias que sean puestas en conocimiento del empleador, con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley darán derecho únicamente a las prestaciones de la LRT, aun cuando la contingencia fuera anterior, y siempre que no hubiere prescripto el derecho conforme a las normas de esta ley.

2. En este supuesto el otorgamiento de las prestaciones estará a cargo de la ART a la que el empleador se encuentre afiliado, a menos que hubiere optado por el régimen de autoseguro o que la relación laboral con el damnificado se hubiere extinguido con anterioridad a la afiliación del empleador a la ART.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA: esta LRT entrará en vigencia una vez que el Comité Consultivo permanente apruebe por consenso el listado de enfermedades profesionales y la tabla de evaluación de incapacidades.

Tal aprobación deberá producirse dentro de los 180 días desde la promulgación de esta ley. Hasta tanto el comité consultivo permanente se expida, el Poder Ejecutivo Nacional se encuentra facultado por única vez y con carácter provisorio a dictar una lista de enfermedades y la tabla de evaluación de incapacidades.

(**Nota Infoleg:** por el art. 2º del **Decreto N°659/1996**, se establece como fecha de entrada en vigencia de la presente ley, el día 1 de julio de 1996.)

SEGUNDA:

1. El régimen de prestaciones dinerarias previsto en esta ley entrara en vigencia en forma progresiva. Para ello se definirá un cronograma integrado por varias etapas previendo alcanzar el régimen definitivo dentro de los tres años siguientes a partir de la vigencia de esta ley.

2. El paso de una etapa a la siguiente estará condicionado a que la cuota promedio a cargo de los empleadores asegurados permanezca por debajo del 3% de la nómina salarial. En caso que este supuesto no se verifique se suspenderá transitoriamente la aplicación del cronograma hasta tanto existan evidencias de que el tránsito entre una etapa a otra no implique superar dicha meta de costos.

3. Durante la primera etapa el régimen de prestaciones dinerarias correspondiente a la incapacidad permanente parcial será el siguiente:

Para el caso en que el porcentaje de incapacidad permanente fuera igual o superior al 50% e inferior al 66% y mientras dure la situación de provisionalidad, el damnificado percibirá una prestación de pago mensual cuya cuantía será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base, con más las asignaciones familiares correspondientes. Una vez finalizada la etapa de provisionalidad se abonará una renta periódica, cuyo monto será igual al porcentaje de incapacidad multiplicado por el 55% del valor mensual del ingreso base con más las asignaciones familiares correspondientes. En ningún caso el valor actual esperado de la renta periódica en esta primera etapa podrá ser superior a \$ 55.000. Este límite se elevará automáticamente a \$ 110.000 cuando el Comité Consultivo Permanente resuelva el paso de la primera etapa a la siguiente.

En el caso de que el porcentaje de incapacidad sea inferior al 50% se abonará, una indemnización de pago único, cuya cuantía será igual a 43 veces el valor mensual del ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad y por el coeficiente que resultará de dividir el número 65 por la edad del damnificado a la fecha de la primera manifestación invalidante.

Esa suma en ningún caso será superior a la cantidad que resulte de multiplicar 55.000 por el porcentaje de incapacidad.

TERCERA:

1. La LRT no será de aplicación a las acciones judiciales iniciadas con anterioridad a su vigencia salvo lo dispuesto en el apartado siguiente.

2. Las disposiciones adicionales primera y tercera entrarán en vigencia en la fecha de promulgación de la presente ley.

3. A partir de la vigencia de la presente ley, deróganse la Ley N° 24.028; sus normas complementarias y reglamentarias y toda otra norma que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 50 - Sustitúyese el artículo 51 de la Ley N° 24.241 por el siguiente:

Artículo 51: las comisiones médicas y la Comisión Médica Central estarán integradas por cinco (5) médicos que serán designados: tres (3) por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones y, dos (2) por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, los que serán seleccionados por concurso público de oposición y antecedentes. Contarán con la colaboración de personal profesional, técnico y administrativo.

Los gastos que demande el funcionamiento de las comisiones serán financiados por las administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones y las aseguradoras del riesgo del trabajo, en el porcentaje que fije la reglamentación.

Como mínimo funcionará una comisión médica en cada provincia y otra en la ciudad de Buenos Aires.

ARTÍCULO 51 - Comuníquese al Poder Ejecutivo. - Alberto PIERRI. - Carlos F. RUCKAUF. - Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. - Edgardo Piuzzi.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TRECE DÍAS DEL MES DE SETIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO.

Antecedentes Normativos

- Artículo 19, Apartado 1 sustituido por el art. 10 del Decreto N°1.278/2000 BO 03/01/2001.
Vigencia: a partir del primer día del mes subsiguiente a su publicación en el Boletín Oficial.

LEGISLACIÓN PROVINCIAL SOBRE ADICCIONES Y TRABAJO

Ley nacional N° 23.358

- Campaña de Prevención de la Drogadicción
- Sancionada 27/08/1986.
- Modificada 2/06/2004.

Establece la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria de los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción.

Provincias que han adherido a la ley:

- Catamarca (Ley N° 4.563)
- La Rioja (Ley N° 7.729)
- San Luis (Ley N° II-0038-2004)
- Ushuaia (Ley N° 578)

Ley N° 13.595

Pcia. de Buenos Aires – 22/11/2006 – Vigente

Crea el Sistema de Atención de las Adicciones (SAA) el cual tendrá por objeto brindar asistencia a personas que usen, abusen o dependan de las drogas, el alcohol, el tabaco y/u otras sustancias que produzcan adicción. La ley especifica las competencias de la autoridad de aplicación (que será nombrada por el Poder Ejecutivo), el carácter gratuito de la asistencia que se ofrecerá, los componentes del total del SAA y los recursos con los que contará entre otras cuestiones.

Ley N° 7.383

Pcia. de Salta – 29/11/2005 – Vigente

Declara de interés público la educación para la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas. Con esto se busca promover y desarrollar en los alumnos del sistema educativo provincial valores que generan hábitos y conductas sanas y responsables con arreglo a las disposiciones de esta ley.

Autoridad de aplicación: Ministerio de Educación

Su recurso organizacional primordial será la institución educativa.

Se formarán Centros Preventivos Escolares de Drogadicción y Alcoholismo, integrados por docentes, padres, alumnos y otros miembros de la comunidad.

Se aplicarán estrategias de capacitación y actualización continua de los docentes sobre ésta tónica.

Ley Nº 4.687

Pcia. del Chaco – 22/11/1999 – Vigente

Crea el Plan Educativo y de Comunicación Social para la Prevención de Adicciones.

Se promueve un plan de salud que garantice la prevención de adicciones y tratamientos de rehabilitación para personas de toda edad, para trabajar en pos de la recuperación de su identidad, dignidad y bienestar físico y mental.

Autoridad a cargo: equipo profesional técnico del Centro Provincial de la Medida de Seguridad Educativa (CEPMESE).

La ley aclara niveles de prevención a los que se apunta; órganos involucrados en los procesos de prevención y de rehabilitación; la preservación del secreto profesional; acciones de difusión, comunicación, educación e integración de redes; la relación con el Plan Federal de Prevención Integral de la Drogodependencia y del Control del Tráfico Ilícito de Drogas y con la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

En este texto se hace referencia a la Ley Nº 23.737 (Régimen Penal de Estupefacientes).

Ley Nº 4.969

Pcia. del Chubut – 27/12/2002 – Vigente

Declara de interés público provincial la prevención de la drogadependencia en el ámbito del territorio chubutense.

Postula acciones tendientes a la prevención, asistencia y reinserción. Aclara el concepto de "drogas"; "drogadependencia"; "prevención"; "desintoxicación"; "reinserción".

Compromiso y funciones del Poder Ejecutivo Provincial sobre esta tónica a través de la coordinación, promoción, implementación y control de programas.

Designación de un coordinador de Prevención y Asistencia de la Adicción a las Drogas. Conformación de un consejo asesor que se reunirá por lo menos una vez por mes y tendrá carácter ad-honorem.

Ley Nº 7.088

Pcia.de Mendoza – 7/01/2003 – Vigente

Crea el Plan Provincial de Adicciones en el ámbito del Ministerio de Gobierno, con el fin de abordar integralmente las acciones de prevención y asistencia de adicciones y de articularse con áreas encargadas de la prevención y el control del narcotráfico.

Ley Nº 7.524

Pcia. de San Juan – 7/11/2004 – Vigente

Implementación del Programa de Prevención del Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas en las Escuelas.

Se aplicará en todos los niveles de EGB y Polimodal, tanto de gestión pública como privada. Área competente: Ministerio de Educación.

Su función general será la de promover acciones y esfuerzos institucionales en conjunto y armonía para desarrollar e implementar los diseños efectivos en la prevención del uso indebido de este tipo de sustancias en la escuela.

Se contempla la identificación de factores de riesgo que facilitan el consumo en la población escolar.

Ley Nº 2.318

Ciudad Autónoma de Buenos Aires – 3/05/2007 – Vigente

Plan especializado para abordar de una manera integral y sistemática el problema del consumo de sustancias psicoactivas, así como otras prácticas de riesgo adictivo.

Se establecen como principios fundantes de esta ley:

- el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo constituyen un problema socio-sanitario;
- el consumo de sustancias psicoactivas y otras prácticas de riesgo adictivo están condicionados por factores biológicos, psicológicos y propios del contexto socio-cultural que influyen en esta problemática;
- las acciones que busquen abordar la prevención y la asistencia en estos temas debe provenir de un enfoque pluralista, interdisciplinario e intersectorial.

Ley N° 4.563

Pcia. de Catamarca – 20/09/1989 - Vigente

Adhesión provincial a la Ley nacional N°23.358 “Prevención de la Drogadicción”

Ley N° 7.729

Pcia. de La Rioja – 23/09/2004 – Vigente

Adhesión provincial a la Ley nacional N° 23.358 “Prevención de la Drogadicción”

ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL

EDAD SEXO ESTADO CIVIL HIJOS

VIVE EN (barrio/localidad)

LUGAR DE TRABAJO (barrio/localidad)

¿Cuál es su trabajo? (tarea, gremio, cargo etc.)

.....
.....

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta actividad? años meses

¿Cuántas horas al día está en su trabajo? Hora de entrada Hora de salida

¿Vuelve diariamente a su casa? Sí No

¿Cuánto tiempo tiene de viaje de su casa al trabajo?

¿Qué medio de transporte utiliza? Colectivo Tren Subte
Auto particular Combi Otro ¿cuál?

¿Cuántos compañeros/as de trabajo tiene? Menos de 10 Entre 10 y 50
Entre 51 y 100 Más de 100

¿Cuánto gana? Menos de \$3000 Entre \$3000 y \$5000 Entre \$5000 y \$7500
Entre \$7500 y \$10000 Más de \$10000

¿Cómo es el trato que recibe de sus superiores? Muy bueno Bueno Regular
Malo Muy malo

¿Cómo es la relación con sus compañeros? Muy bueno Bueno Regular
Malo Muy malo

¿Está conforme con su trabajo? Muy conforme Medianamente conforme Nada conforme

¿Tiene controles médicos en su trabajo? Sí No

¿Tiene controles médicos en su trabajo? Sí No

¿Son obligatorios? Sí No

¿Con qué frecuencia se realizan? Cada 6 meses 1 vez por año Cada 2 años
Otra frecuencia ¿cuál?

¿En qué consisten? Análisis de laboratorio Examen físico
Otro/s ¿cuál/es?

¿Qué comida/s realiza durante la jornada de trabajo? Desayuno Almuerzo
Merienda Cena

¿Cuántos cortes para descanso tiene? ¿De qué duración?

¿Qué bebida/s toma en su horario laboral? Agua Jugo Gaseosa
Vino Cerveza Otra/s bebida/s ¿cuál/es?
.....

¿Dónde obtiene la/s bebida/s?

¿Toma alguna bebida en el trayecto de ida o de vuelta al trabajo?

¿Qué bebida/s toman sus compañeros en horario laboral? Agua Jugo Gaseosa Vino
Cerveza Otra/s bebida/s ¿cuál/es?
.....

¿Qué bebida/s consume en su tiempo libre? Agua Jugo Gaseosa Vino
Cerveza Otra/s bebida/s ¿cuál/es?
.....

¿Se realizan test de alcoholemia durante la jornada laboral? Sí No

¿Fuma? Sí No ¿Cuántos cigarrillos al día? ¿Cuántos durante la jornada laboral?

¿Hay un sector para fumadores? Sí No

¿Se respeta la disposición de no fumar en lugares cerrados? Sí No

En términos generales ¿quiénes fuman más? Varones Mujeres

¿Toma algún psicofármaco? Sí No

¿Quién se lo indicó? Médico Farmacéutico Amigo
Compañero de trabajo Familiar Otros ¿quién?

¿Cuánto tiempo hace que lo toma? Menos de 6 meses Entre 6 meses y 1 año
Más de 1 año Más de 2 años

¿Sabe si algún compañero/a toma psicofármacos? Sí No

¿Consume alguna droga? Sí No
¿Qué efecto le produce?
¿Pensó en dejar de usarla?
¿Cómo la consigue?

¿Sabe si algún compañero/a usa drogas? Sí No

¿La empresa realizó campañas informativas y de prevención sobre adicciones? Sí No

¿Sabe que hay leyes que garantizan su atención médica obligatoria? Sí No



**Ministerio de
Trabajo, Empleo
y Seguridad Social**

**Coordinación de Políticas de Prevención de Adicciones
y del Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Drogas
con Impacto en el Mundo del Trabajo**
Tel.: (011) 4310-6335 / Fax.: 4310-6328
Mail: CoPreAd@trabajo.gov.ar