



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SECCIÓN CORTES GENERALES

X LEGISLATURA

Serie A:

ACTIVIDADES PARLAMENTARIAS

25 de marzo de 2014

Núm. 264

Pág. 1

Otros textos

COMISIONES MIXTAS, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000005 (CD) Ponencia de estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y **573/000001 (S)** nuevas adicciones legales e ilegales. *Informe de la Ponencia y votos particulares.*

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en la Sección Cortes Generales del BOCG del Informe aprobado por la Ponencia de Estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones legales e ilegales, constituida en el seno de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, así como de los votos particulares presentados al mismo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 21 de marzo de 2014.—P.D. El Letrado Mayor de las Cortes Generales, **Carlos Gutiérrez Vicén.**

INFORME SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL ABORDAJE DE LAS ACTUALES Y NUEVAS ADICCIONES, ELABORADO POR LA PONENCIA CREADA EN EL SENO DE LA COMISIÓN MIXTA PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

I. ANTECEDENTES

La Ponencia de estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, se creó mediante la aprobación de la Proposición no de Ley (moción) núm. expte. 161/001000, a iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, que fue debatida y aprobada, por unanimidad, en la sesión de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, celebrada el día 18 de diciembre de 2012¹.

La Comisión estableció, como objeto de la Ponencia, el estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, con sustancias y sin sustancias, realizando un diagnóstico prospectivo de las posibles adicciones de futuro y de la dimensión que adquirirán, pudiendo hacer un pronóstico de certeza como punto fundamental para poner en marcha los mecanismos oportunos para abordar, desde el presente, la prevención y acercarnos al tratamiento de las adicciones de futuro. Asimismo, la Comisión acordó que la Ponencia remitiría a la Comisión, para su traslado al Gobierno, un Informe en el plazo máximo de doce meses desde su creación, que fue prorrogado un mes por la Comisión, en la sesión de 11 de febrero de 2014.

La Ponencia se constituyó el 26 de febrero de 2013. En las primeras sesiones, la Ponencia acordó un Plan de trabajo, que se organizó, fundamentalmente, en torno a la celebración de una serie de comparecencias, y elaboró un cuestionario que fue remitido a una serie de entidades sociales y sociosanitarias, e instituciones, relacionadas con el mundo de la droga, así como a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

A partir de aquí, la Ponencia se ha dedicado a la celebración de las comparecencias que, solicitadas por los grupos parlamentarios, y acordadas por unanimidad de los miembros de la propia Ponencia, han tenido como objeto recabar información en relación con la tarea que ha constituido su objeto.

¹ «DS. Cortes Generales», Comisiones Mixtas, núm. 45, de 18 de diciembre de 2012.

Celebradas las comparecencias, los Ponentes han estudiado con detenimiento toda la información y han debatido durante seis sesiones las aportaciones formuladas por los grupos parlamentarios, habiendo llegado, tras las consideraciones oportunas, a una serie de conclusiones y recomendaciones compartidas.

Finalmente, la Ponencia ha aprobado el presente Informe, con las Recomendaciones contenidas en el apartado VIII.

II. OBJETO DE LA PONENCIA

El objeto del estudio de la Ponencia han sido las adicciones. Como dice la Proposición no de Ley mediante la cual se creó, las adicciones actuales y nuevas, con sustancias y sin sustancias.

Se trata, por tanto, de un estudio que gira en torno al concepto de adicción. Y en este sentido, podría concluirse que tiene un objeto más amplio que la propia Comisión Mixta en cuyo seno se ha creado, la Comisión Mixta para el estudio del problema de la droga.

La Ponencia ha partido del concepto de adicción, que ya apareció en la primera comparecencia, la del Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual, D. Néstor Szerman Bologner², quien señaló que la adicción es un trastorno que se caracteriza por la administración compulsiva de una sustancia o de una conducta y la pérdida de control sobre esa conducta, pese a las consecuencias adversas que puede tener para el individuo.

Es preciso distinguir entre el uso o consumo de drogas y la adicción, pues no todo el que utiliza la droga es un adicto y, de hecho, son pocos los consumidores que llegan a desarrollar una adicción.

Dicho lo anterior, es necesario poner de manifiesto que, a pesar de la inquietud generalizada por los nuevos fenómenos sociales relacionados con las adicciones, lo cierto es que, con respecto a las nuevas adicciones sin sustancias, todavía existe poca información que permita extraer conclusiones objetivas, salvo en lo que se refiere a la adicción al juego, que está incluida en el CIE 10.

De ello se desprende que el trabajo, finalmente resultante, se haya organizado en torno a dos grandes apartados:

— En relación con las adicciones con sustancias, la Ponencia ha constatado una serie de realidades, algunas ya muy conocidas, otras más novedosas, con respecto a las cuales se pronuncia en sus recomendaciones.

La Ponencia ha insistido en el conocimiento de estas realidades y ha debatido profundamente y con intensidad sobre fenómenos con los que los ciudadanos conviven de manera pacífica, en un sentido de legalidad, pero que producen efectos no deseados en la convivencia y en la salud de las personas. También en este punto la Ponencia formula sus recomendaciones.

— En cuanto a las adicciones sin sustancias, ya sean menos nuevas o las nuevas adicciones, la información que se ha logrado obtener ha sido mucho menor.

La Ponencia ha constatado que, a pesar de la percepción de que ciertos usos de las nuevas tecnologías no entran dentro de lo que podrían denominarse estándares normales, el conocimiento y la información existente son muy escasos.

III. COMPARECENCIAS CELEBRADAS

Se recogen, en este apartado, el conjunto de las comparecencias tramitadas en las diferentes sesiones que se han celebrado durante los meses en que la Ponencia ha desarrollado su trabajo.

Las comparecencias, se podrían clasificar en cuatro grandes grupos:

- En primer lugar, los representantes de las sociedades científicas.
- En segundo término, han asistido a la Ponencia un total de ocho expertos, cuyas intervenciones han sido de naturaleza, fundamentalmente, técnica.
- En tercer lugar, las comparecencias de los representantes de ONGs.
- En último término, las comparecencias de autoridades.

En total, se han tramitado 22 comparecencias, que a continuación se especifican, organizadas según el criterio temporal de la sesión en que se han celebrado.

² El Sr. Szerman Bologner, Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual, compareció ante la Ponencia el 23 de abril de 2013.

Sesión de 23 de abril de 2013:

- De D. Néstor Szerman Bologner, Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual.
- De D.^a Carmen Puerta, Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías.
- De D. Julio Bobes García, Presidente de Socidrogalcohol.

Sesión de 7 de mayo de 2013:

- De D. Lorenzo Armenteros del Olmo, Responsable del Área de Drogodependencias de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).
- De D. Miguel Casas Brugué, Catedrático de Psiquiatría de Barcelona, Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebrón en Barcelona.
- De D. Josep Basora, Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sesión de 21 de mayo de 2013:

- De D. Amador Calafat, Psiquiatra, Director de la Revista Adicciones.
- De D. Domingo Comas, Presidente del Patronato Fundación Atenea.
- De D.^a Susana Jiménez Murcia, Doctora en Psicología, Jefe de la Unidad de Juego Patológico del Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Sesión de 17 de junio de 2013:

- De D. Fernando Rodríguez de Fonseca, Investigador en la Fundación Imabis (antes Fundación Carlos Haya de Málaga).
- De D. Eusebio Megías, Director Técnico de Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- De D. Fernando Pérez del Río, Coordinador Terapéutico de Proyecto Hombre Burgos.
- De D. José Manuel Caballol, Director General de Red de Apoyo a la Integración Sociolaboral (RAIS).

Sesión de 18 de junio de 2013:

- De D.^a Carmen Moya, Ex Delegada del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas.
- De D. Luciano Poyato, Presidente de Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD).
- De D. Enrique Bravo Mena, Presidente de Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD).

Sesión de 25 de junio de 2013:

- Del Sr. Michael N. Rimikis, Director Europeo de Health Policy.
- De D. Elisardo Becoña, Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela.

Sesión de 24 de septiembre de 2013:

- A través de videoconferencia, de Mrs. Paola Tardioli-Schiavo, representante de la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea.
- A través de videoconferencia, de Mr. Alexis Goosdeel, representante del Observatorio Europeo para las Drogas y la Toxicomanía.
- A través de videoconferencia, de Mr. Justice Tettey, representante de la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (ONUDD).

Sesión de 18 de noviembre de 2013:

- De D. Francisco de Asís Babín Vich, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

IV. DOCUMENTACIÓN APORTADA A LA PONENCIA

La Ponencia solicitó de determinadas instituciones la contestación de un Cuestionario que ha sido respondido por:

- La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (16 de mayo de 2013).
- El Instituto para el Estudio de las Adicciones, a través de su Director D. Jesús A. Lacoste Marín (19 de abril de 2013).
- Promoción y Desarrollo Social (PDS), a través de su Director Técnico, D. Antoni Durán Vinyeta (19 de junio de 2013).
- Red de Apoyo a la Integración Sociolaboral (RAIS), a través de su Director General, D. José María Caballol (13 de mayo de 2013).
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), a través de su Director General, D. Ignacio Calderón Balanzategui (19 de mayo de 2013).

También la Ponencia ha contado con documentación que aportaron los comparecientes:

- Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia, aportada por D. Néstor Szerman Bologner, Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual.
- Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia, aportada por D.^a Carmen Puerta García, Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías.
- Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia, aportada por D. Julio Bobes García, Presidente de Socidrogalcohol.
- Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia, aportada por D. Josep Basora Gallisà, Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «Nuevos marcos conceptuales para comprender, prevenir y tratar las adicciones. Adicciones y patología dual en el contexto de las neurociencias», aportada por D. Miguel Casas Brugé, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- *Documento de consenso en prevención de las drogodependencias*, coordinado por D. Elisardo Becoña y D. Amador Calafat, publicado por Socidrogalcohol en abril de 2012. Accesible en:

(http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/Doc_Consenso_Prevention.pdf), aportado por D. Amador Calafat.

- Comas Arnau, Domingo: *Un lugar para otra vida. Los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*, editado por Fundación Atenea con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid 2010 (accesible en línea en:<http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/03/UN-LUGAR-PARA-OTRA-VIDA.pdf>), aportado por D. Domingo Comas.
- Comas Arnau, Domingo: *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*, editado por Fundación Atenea-Grupo GID, Madrid, 2006, aportado por D. Domingo Comas.
- Texto de la Intervención de D. Domingo Comas en la Ponencia.
- Artículos científicos aportados por la Dra. Jiménez Murcia:

— Granero R., Penelo E., Stinchfield R., Fernández-Aranda F., Savvidou L.G., Fröberg F., Aymamí N., Gómez-Peña M., Pérez-Serrano M., del Pino_Gutiérrez A., Menchón J.M. and Jiménez-Murcia S.: «Is pathological gambling moderated by age?» en *Journal of Gambling Studies*. DOI 10.1007/s10899-013-9369-6.

— Jimenez Murcia, S., Stinchfield, R., Fernandez Aranda, F., Santamaría, J.J., Penelo, E., Granero, R., Gomez Peña, M., Aymamí, N., Moragas, L., Soto A., y Menchón, J.M.: «Are online pathological gamblers different from non-online pathological gamblers on demographics, gambling problem severity, psychopathology and personality characteristics?», en *International Gambling Studies*, Vol. 11, Issue 3, pgs. 325-337, 2011.

— Jimenez Murcia, S., Fernandez Aranda, F., Granero, R. y Menchón J.M.: «Gambling in Spain: update on experience, research and policy». En *Addiction*. doi: 10.1111/add.12232.

— Granero, R., Penelo, E., Martínez Gimenez, R., Alvarez Moya, E., Gomez Peña, M., Aymamí, N., Bueno, B., Fernandez Aranda, F., y Jimenez Murcia, S.: «Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers» en *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 50, Is. 2, March–April 2009, Pages 173–180.

• Jimenez Murcia, S., Alvarez Moya, E., Stinchfield, R., Fernandez Aranda, F., Granero, R., Aymamí, N., Gomez Peña, M., Jaurrieta, N., Bove, F. y Menchón, J.M. «Age of Onset in Pathological Gambling: Clinical, Therapeutic and Personality Correlates», en *Journal of Gambling Studies*, Junio 2010, Volumen 26, Issue 2, pp 235-248.

• Granero, R., Tárrega, S., Fernandez Aranda, F., Aymamí, N., Gómez Peña, M., Moragas, L., Custal, N., Orekhova, L., Savvidou, S., Menchón, J.M y Jimenez Murcia, S. «Gambling on the stock market: an unexplored issue». En *Comprehensive Psychiatry*, Volume 53, Issue6, Agosto 2012, pp 666-673.

• Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «*La adicción como enfermedad. Drogas y desarrollo. Las nuevas drogas. Prevención e investigación*», aportada por D. Fernando Rodríguez de Fonseca.

• *EU drug markets report. A strategic analysis*, EUROPOL y Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (EMCDDA), Lisboa, Enero de 2013 EUROPOL, accesible en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/drug-markets>, aportada por D. Fernando Rodríguez de Fonseca.

• *Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances*. Proyecto liderado por Roumen Sedefov y Ana Gallegos, EMCCDA, Lisboa, 2011. Accesible en <http://www.emcdda.europa.eu/htmlcfm/index116639EN.html>, aportado por D. Fernando Rodríguez de Fonseca.

• *Informe anual 2012: el problema de la drogodependencia en Europa*, Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías, aportado por el Dr. Rodríguez de Fonseca.

• Trastornos adictivos. Monografía sobre la RTA (Red de Trastornos Adictivos), aportada por el Dr. Rodríguez de Fonseca.

• Resumen de la Intervención de D. Eusebio Megías Valenzuela en su comparecencia ante la Ponencia y Texto de apoyo a su intervención, aportados por el Dr. Megías.

• Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «La red. Las nuevas adicciones TIC», aportada por D. Fernando Pérez del Río, Coordinador Terapéutico de Proyecto Hombre Burgos,

• «Adicciones y personas en extrema exclusión», Documentación aportada por D. José Manuel Caballol, Director General de Red de Apoyo a la Integración Sociolaboral.

• Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «Evolución de los consumos de drogas a nivel mundial, europeo y español. Qué se ha hecho en España en el abordaje del problema de las drogas. Problemas de las drogas: perspectivas de futuro, respuestas a los viejos y nuevos problemas de las drogas» aportada por D.^a Carmen Moya, ex Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

• Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «Perfil de las personas atendidas por las entidades de UNAD en el año 2012», Documentación aportada por D. Luciano Poyato, Presidente de Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD).

• Folleto de la RIOD, aportado por D. Enrique Bravo Mena, Presidente de la RIOD.

• Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «Medidas eficaces para prevenir el consumo de drogas y adicciones ¿Por qué no se aplican?», aportados por D. Elisardo Becoña.

• «Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020)». Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, n.º C 402/1 y «EU Action Plan on Drugs (2013-2016) (versión inglesa)», aprobado por el Consejo de la Unión Europea el 6 de junio de 2013, documentos aportados por D.^a Paola Tardioli-Schiavo, de la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea.

• Presentación en Power Point de su intervención ante la Ponencia: «Perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones legales e ilegales», aportada por D. Francisco Babín Vich, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

• Documentación remitida por el Excmo. Sr. Diputado, miembro de la Ponencia, D. Joaquín Villanova Rueda:

— «Adicciones y nuevas tecnologías». Autor: Luis B. Bononato Vázquez, Proyecto Hombre Provincia de Cádiz, publicado en Revista Proyecto, número 25.

— Pérez del Río F., y Martín Martín, I: *Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?*, Intermedio Ediciones, Guadalajara, 2007.

— «Proyecto de prevención de mal uso de las nuevas tecnologías», Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social de Ana José Serrano López, Universidad de Castilla la Mancha, Cuenca 2011, accesible en red en <http://www.uclm.es/bits/archivos/trabajos/ANA%20JOS%C3%89%20SERRANO%20L%C3%93PEZ.pdf>.

— Dossier 4 «Las nuevas adicciones del siglo XXI». Confederación andaluza de asociaciones de madres y padres del alumnado por la educación pública. (CODAPA), 2011, accesible en red en http://www.codapa.org/wp-content/uploads/2010/10/m_nuevasadicciones.pdf.

— «Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación». Coordinado por Elisardo Becoña Iglesias y Maite Cortés Tomás, editado por Socidrogalcohol, 2011, con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, accesible en red en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>.

— <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/03/publicaciones/FinalResearchInternet-ES.pdf>.

— <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/UsoproblematicoTIC.pdf>.

• Pedrero Pérez, E., (coord.): «Neurociencia y adicción», Sociedad Española de Toxicomanías 2011, bajo el patrocinio de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, accesible en red en [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Sociedad_Espanola_de_Toxicomanias_-SET_\(2011\)._-Neurociencia_y_Adiccion.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Sociedad_Espanola_de_Toxicomanias_-SET_(2011)._-Neurociencia_y_Adiccion.pdf), aportado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

• Documentación aportada por la Excm. Sra. Diputada, miembro de la Ponencia, D.^a María del Puerto Gallego Arriola.

— Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), serie 1994-2010, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, accesible en red en <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.

V. CONSIDERACIONES SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE FUTURO PARA ABORDAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

La Ponencia ha realizado un análisis detallado de la información aportada por los comparecientes, así como por las entidades que han remitido su contestación al cuestionario propuesto por la propia Ponencia.

En base a dicha información, y tomando en consideración los datos reflejados en informes, como el de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito de 2013, y el del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, así como la importancia de la Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2013-2020, la Ponencia entiende oportuno destacar las consideraciones que a continuación se ponen de manifiesto.

A) Las drogas como fenómeno mundial.

Las drogas no suponen un asunto exclusivo de España, sino que tienen una dimensión global. Son un fenómeno mundial³ y los problemas que suscitan trascienden los territorios nacionales. Es por esto que las medidas que se propongan o implanten deben realizarse conforme a los principios de un enfoque equilibrado y una responsabilidad compartida, tal y como ha establecido la Comunidad Internacional. La primera línea de trabajo a seguir sería, por tanto, optimizar la coordinación internacional, estableciendo mecanismos de coordinación y cooperación entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe, como el Proyecto COPOLAD de la UE y que lidera España.

Además y, con independencia de lo anterior, hay que subrayar también, la necesaria coordinación a nivel Europeo, para lo cual se cuenta con un reciente y riguroso instrumento, la denominada Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2013-2020.

³ Así lo señaló D. Enrique Bravo Mena, Presidente de la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias, en su comparecencia ante la Ponencia el 18 de junio de 2013.

El Informe de Naciones Unidas de 2012 contiene el dato de que más de 230 millones de personas han consumido drogas en el mundo en el último año. Por su parte, el Observatorio de Drogas y Toxicomanías de la Unión Europea en su Informe Anual de 2012 recoge que más de 85 millones de europeos han consumido a lo largo de su vida cualquier tipo de droga.

D. Michael N. Rimikis, Director Europeo de Health Policy, en su comparecencia ante la Ponencia el 25 de junio de 2013, señaló que hay un reconocimiento internacional, ratificado por la Organización Mundial de la Salud, de que las adicciones será una de las enfermedades más importantes de los próximos veinte años.

La Estrategia de la Unión Europea se basa⁴ en considerar el conjunto de aspectos vinculados con el fenómeno de las drogas, esto es el suministro y producción, el traslado y contrabando, la adicción, la reducción de la demanda y los daños vinculados al abuso de las drogas. Se trata de una Estrategia que aspira al equilibrio ya que toma en consideración todos los aspectos vinculados a las drogas ilícitas. Un enfoque equilibrado en el que es importante tanto la reducción de la oferta, como de la demanda, basándose en el respeto de la vida humana, de la dignidad humana, *lo cual significa que las personas que usan drogas tienen derechos a ser tratados como los demás y en primer lugar como personas que necesitan ayuda y tratamiento.*

La Sra. Tardioli se refirió al Plan Europeo de Acción sobre Drogas 2013-2016, recientemente aprobado por la Comisión, que se desarrolla en torno a cinco áreas prioritarias, siendo la primera de ellas la coordinación y cooperación entre todos los agentes implicados, los gobiernos de los países, la Comisión Europea, el Parlamento Europeo, las agencias y la sociedad civil.

En esta misma línea de coordinación y cooperación, no cabe sino subrayar, desde el principio, la enorme importancia del Tercer Sector para dar respuesta de manera conjunta y coordinada a la necesaria implicación de muchos sujetos (gobiernos, universidades, familias, médicos o las propias ONG,s)⁵. Asimismo, hay que destacar la adecuación de este Sector para canalizar la cooperación internacional. Cooperación tanto más necesaria cuanto que todos los expertos consultados, a nivel nacional y europeo, destacan las adicciones como un problema de salud a nivel internacional.⁶

Todos los expertos consultados, a nivel nacional y europeo, destacan «las adicciones como un problema de salud a nivel internacional»⁷.

B) La respuesta al problema de la droga en España: Mantenimiento de un enfoque equilibrado en el abordaje integral del problema de las drogas.

La legislación española, en coherencia con el reconocimiento de la adicción como enfermedad, no penaliza el consumo privado de sustancias ilegales. Desde esta perspectiva, la respuesta del Sistema Nacional de Salud, de las estrategias y planes autonómicos y municipales (también CIU) es adecuada (aunque mejorable en cuestiones como el refuerzo de la coordinación en el marco de la Conferencia Sectorial), se debe tender a minimizar la oferta de droga y a maximizar la oferta de servicios, es decir, un sistema basado en la oferta terapéutica alternativa al consumo⁸.

Desde el paradigma del trastorno, los expertos ponen el acento no en la sustancia sino en el sujeto. Desde esta perspectiva, algunos especialistas hablan de un nuevo paradigma centrado en la vulnerabilidad individual⁹.

Los comparecientes han coincidido en señalar la década de los 80 y la llamada «epidemia de la heroína» como el momento de inicio decidido de la lucha contra la droga en España. La «crisis de la heroína» lo fue por el incremento de la inseguridad ciudadana y la conflictividad social que producía el aumento de los delitos relacionados con las drogas. No se empezó a considerar como un problema de salud pública hasta la aparición del VIH y VHC.

El 24 de julio de 1985 se aprobó, por el Consejo de Ministros, el Plan Nacional sobre Drogas, que se basó, ante todo, en el consenso social, al que debe gran parte de sus enormes éxitos. Se trata de un instrumento que, desde que se creó, ha sido fundamental en la lucha contra la droga, cuyos criterios básicos y estrategias fundamentales fueron discutidos y elaborados desde la coordinación entre Administraciones. El Plan Nacional sobre Drogas es hoy un referente internacional, cuya posición debe ser mantenida y reforzada. Es, por esto que, la necesaria coordinación nacional que es preciso optimizar en la lucha contra las drogas, debe pasar necesariamente por mantener y reforzar la Delegación del Plan. Se trata de un instrumento que, principalmente, mediante la Conferencia Sectorial y las comisiones interautonómicas, ha permitido coordinar los ámbitos de la oferta y la demanda, las actividades de las

⁴ Según explicó Doña Paola Tardioli-Schiavo, Representante de la Dirección General de Justicia de la Unión Europea, en su comparecencia, mediante videoconferencia, ante la Ponencia el 24 de septiembre de 2013.

⁵ En este sentido, el Sr. Bravo Mena, señaló que se trata de un importante problema de salud pública y que sólo la respuesta coordinada y conjunta de gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, universidades, agentes sociales, familias y especialistas, permitirá disponer de estrategias, programas, recursos y herramientas adecuadas para abordar las intervenciones.

⁶ Mr. Tetley, de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) señaló en su intervención ante la Ponencia que es un problema muy grave y debe seguir abordándose como un *problema mundial y de salud*.

⁷ Mr. Tetley.

⁸ D. Francisco de Asís Babín Vich.

⁹ D. Néstor Szerman Bologner y D. Miguel Casas Brugué.

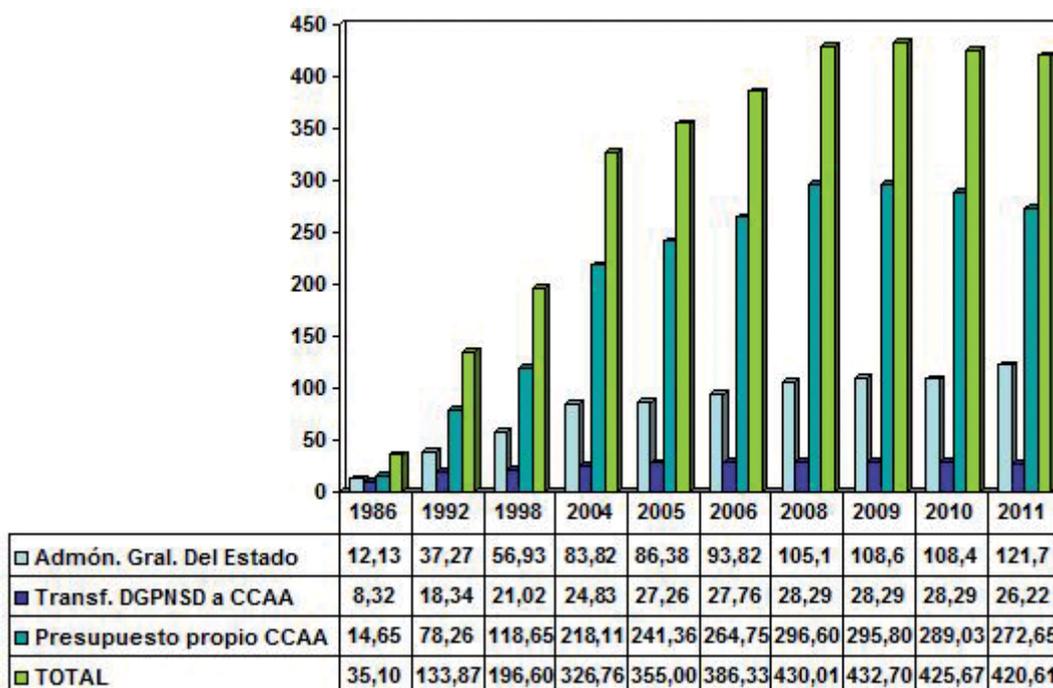
Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y las organizaciones no gubernamentales y proporciona un interlocutor válido y muy respetado en los ámbitos internacionales¹⁰.

La creación de la Fiscalía Especial Antidroga en 1988 y la labor desarrollada por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, constituyen otros instrumentos fundamentales en el proceso de lucha contra la droga.

No puede dejarse, tampoco de lado la creación, por primera vez, en 1990, de la Comisión Mixta en el Parlamento español, inaugurando, así un modelo democrático de participación política en el abordaje de la problemática de la droga¹¹.

Por su parte, la Ley del fondo de bienes decomisados, aprobada en 1995 y modificada en 2003, ha contribuido en gran manera a la financiación de la lucha contra la droga, haciendo posible que los beneficios obtenidos en el tráfico ilícito de drogas se destinaran a la lucha contra el narcotráfico y, sobre todo, a la puesta en marcha de programas de prevención, de atención a drogodependientes y a su reinserción social.

Presupuestos de la Administración General del Estado y de las Administraciones Autonómicas, para políticas de drogas 1986-2011 (millones de euros)



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de datos facilitados por los distintos Departamentos Ministeriales y las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Hay que destacar la creación, en 1998, del Observatorio Español sobre drogas, que constituye hoy una fuente básica e imprescindible de obtención de la información precisa para el conocimiento de las tendencias y el establecimiento de unas políticas contra la droga.

En el ámbito penitenciario, también es de destacar el despliegue en los centros penitenciarios de la Unidades Terapéutico Educativas (UTE), cuyos resultados revelan que se trata de un modelo de atención útil, eficiente y que debe seguir contando con el impulso de la Administración.

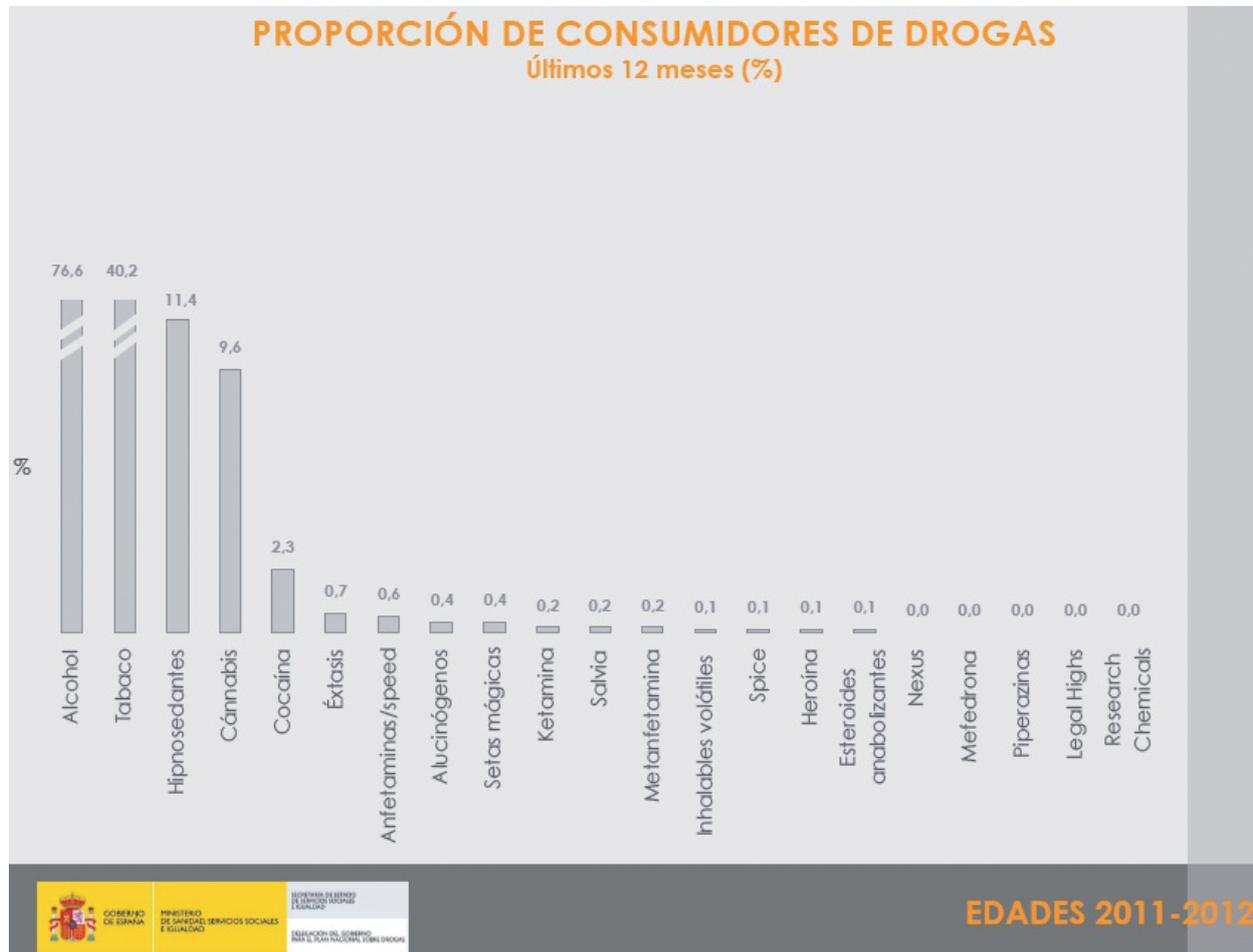
Finalmente, puede concluirse, que el conjunto de instituciones y de políticas que, desde los años ochenta se han establecido en España, permite hoy afirmar que la lucha contra la droga en España es un referente en Europa y en América Latina.

¹⁰ Así lo señaló Doña Carmen Moya, Ex Delegada del Plan Nacional sobre Drogas, en su intervención ante la Ponencia el día 18 de junio de 2013. También hicieron una valoración muy positiva entre otros, el Representante del Observatorio Europeo para las Drogas y la Toxicomanía, Sr. Goosdeel y el Representante de la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (ONUDD), Sr. Tetley, que comparecieron mediante videoconferencia, ante la Ponencia, el 24 de septiembre de 2013.

El Delegado del Plan Nacional, D. Francisco de Asís Babín, compareció ante la Ponencia el 18 de noviembre de 2013.

¹¹ En palabras de Doña Carmen Moya.

C) El consumo de drogas



En relación con el consumo de drogas, la Ponencia entiende oportuno realizar las siguientes consideraciones:

El consumo de drogas constituye un problema complejo, constante y, en permanente evolución que genera fracaso escolar, baja empleabilidad, violencia en el ámbito familiar y conductas disruptivas. Cambian las sustancias, el perfil de las personas, las vías de administración, las modas, la percepción sobre las drogas y los propios riesgos de las mismas¹².

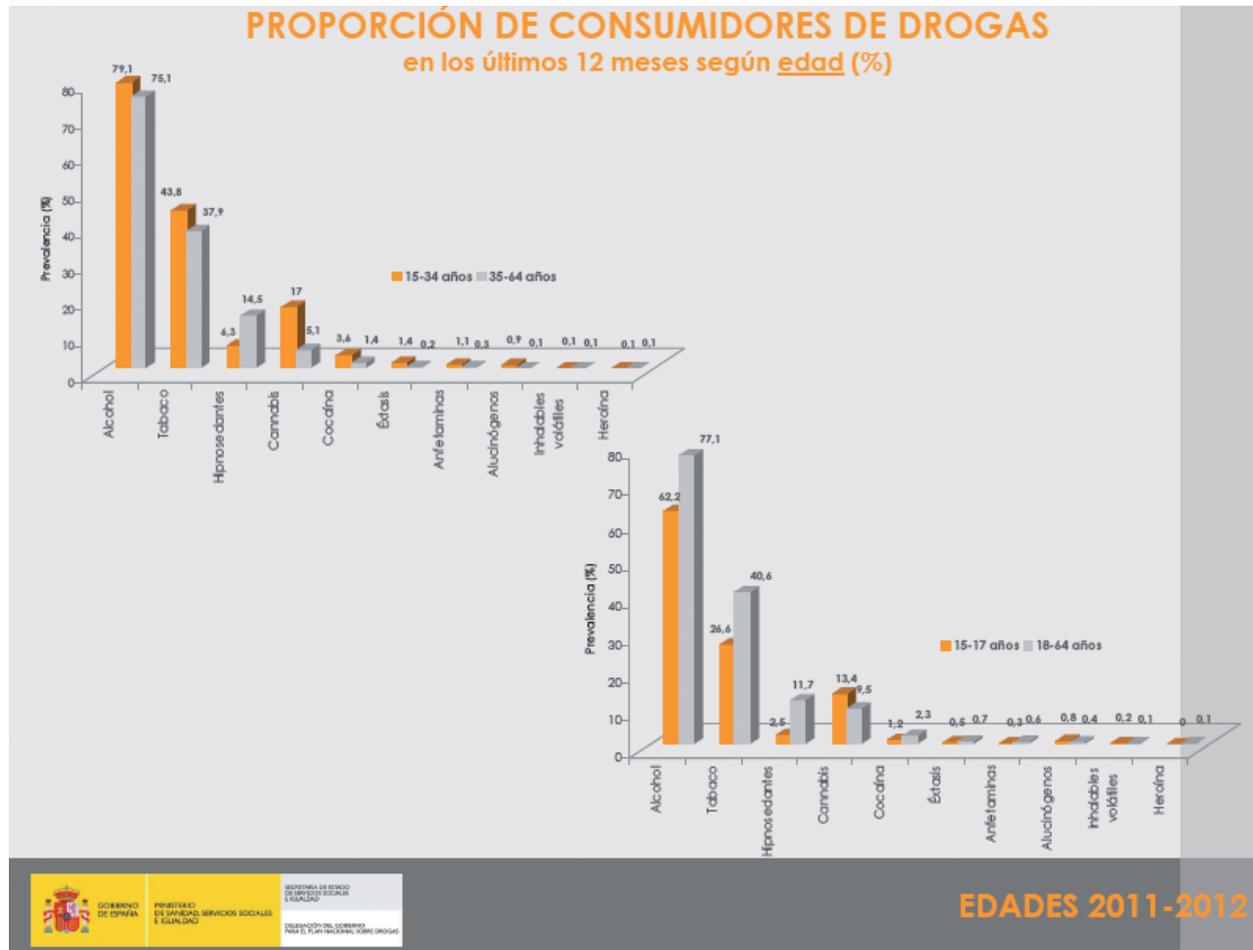
Es preciso señalar el cambio que la percepción del problema de la droga ha tenido desde la década de los 80 hasta ahora. Entre 1978 y 1988 se produjo en nuestro país, una denominada «crisis de droga»¹³. La droga (término que en aquellos momentos era sinónimo de heroína) era para los españoles uno de los principales problemas que en aquel momento tenía España. Hoy la percepción colectiva es muy baja y la droga ocupa un lugar muy secundario entre los problemas que preocupan a la población española¹⁴. Sin embargo, se ha detectado un repunte de la heroína a nivel internacional, sobre el que sería necesario estar atento en España, en un contexto de crisis económica.

¹² En este sentido, el Sr. Bravo Mena, en su comparecencia de 18 de junio de 2013.

¹³ Este concepto de «crisis de droga» ha sido explicado por D. Eusebio Megías Valenzuela, Director Técnico de Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), en su comparecencia de 17 de junio de 2013. Para que aparezca una crisis de droga, según el compareciente tiene que aparecer, en primer lugar, una exageración de un consumo ya existente o un consumo nuevo; en segundo lugar, una cierta percepción del problema de salud pública; en tercer lugar y, fundamental, una intensa alarma social; y, en cuarto lugar, una respuesta social.

¹⁴ El Sr Calafat Far, Psiquiatra, Director de la Revista Adicciones, en su comparecencia ante la Ponencia, el 21 de mayo de 2013, consideró preocupante esta baja percepción porque significa, según sus propias palabras, que «ni a nivel colectivo, ni a nivel familiar, se van a hacer los deberes».

Esta baja percepción social, choca sin embargo, con la realidad de la droga hoy como fenómeno social, que tiene una gran presencia en la cotidianidad¹⁵, particularmente en el ocio. En cuanto a las causas de esta baja percepción, se ha señalado ante la Ponencia que, debido al aumento de las medidas de tratamiento y prevención, así como de la reducción de los daños, el problema es mucho menos visible, lo que no significa que haya desaparecido¹⁶.



Unas de las realidades más importantes, si no la más importante, en el diseño de las políticas de lucha contra la droga en el futuro es el descenso de la edad en que se comienza el uso de drogas. Tanto las drogas legales, como las ilegales, se empiezan a consumir entre los 13 y los 15 años, en un periodo de desarrollo de las personas en el que hay una especial vulnerabilidad¹⁷, teniendo en cuenta, además, que no se tiene un conocimiento absoluto de los efectos que unos consumos tempranos puedan tener a largo plazo.

¹⁵ D. Eusebio Megías Valenzuela, director Técnico de Fundación Ayuda contra la Drogadicción (FAD), en su comparecencia ante la Ponencia el 17 de junio de 2013.

¹⁶ Sr. Goosdeel, representante del Observatorio Europeo para las Drogas y la Toxicomanía; También D. Luciano Poyato, Presidente de la Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente (UNAD), en su comparecencia ante la Ponencia, el 18 de junio de 2013, se refirió a esta cuestión.

¹⁷ D. Fernando Rodríguez Fonseca, investigador en la Fundación Imabis (antes Fundación Carlos Haya de Málaga) señaló en su comparecencia que se trata de un periodo de máxima plasticidad cerebral, en el que se tiene una enorme vulnerabilidad para generar problemas que afectan al desarrollo de las capacidades intelectuales, al control emocional y a la integración social y que se van a reflejar en la edad adulta como un aumento en el incremento de patologías psiquiátricas y desadaptaciones; La Sra. Puerta García, Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías, en su comparecencia de 23 de abril de 2013, se refirió a la inmadurez de la corteza frontal en las edades tempranas; También, el Sr Delegado del Plan Nacional, explicó a la Ponencia las relaciones entre las zonas interiores del cerebro en que se localizan las motivaciones y la zona frontal donde se localizan los frenos a las mismas.

Otras características del consumo actual son la proliferación de puntos de venta a través de internet; el policonsumo¹⁸, sobre todo, en edades tempranas¹⁹; el incremento de un consumo diferenciado en la población femenina²⁰; la directa relación entre consumo y ocio; la baja percepción del riesgo en drogas como el cannabis; la aparición de sustancias nuevas desconocidas y la alteración de la composición de otras ya conocidas con resultados inciertos y poco conocidos respecto de los riesgos para la salud de quienes las consuman. Todas ellas constituyen elementos que caracterizan el consumo de nuestros días y a los que necesariamente han de enfrentarse las futuras políticas en la materia que promuevan conductas saludables, especialmente en el uso del ocio y del tiempo libre.

En España, según el último Informe del Observatorio Español sobre las Drogas y las Toxicomanías (OED), el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y el cannabis la droga que presenta el consumo más elevado. El policonsumo es un patrón que se generaliza entre todos los consumidores y en el que el alcohol²¹ participa en una mayoría significativa de casos. Los consumos de alcohol, heroína y cannabis se mantienen. El consumo de hiposedantes es mayoritario entre mujeres y, como dato positivo, desciende el consumo de cocaína y se aprecia una caída importante del consumo de tabaco a partir de la normativa aprobada sobre prevención del tabaquismo.

**Prevalencia de consumo de ninguna, una o más sustancias psicoactivas*
(Policonsumo) (%). ESTUDES, 2010**



Diversos especialistas han alertado también sobre los efectos que la crisis económica pudiera tener en relación al consumo de sustancias con potencial adictivo, si bien las encuestas del Observatorio Español sobre Drogas no muestran, hasta la fecha, cambios atribuibles a tal contingencia.

D) Las diferentes sustancias adictivas.

En relación con las sustancias adictivas, las consideraciones a realizar son las siguientes:

El cannabis es la droga fiscalizada según el sistema de Naciones Unidas que ofrece las mayores cifras de consumo, tanto a nivel mundial como en España. Aunque en los Informes de los diferentes

¹⁸ Al policonsumo se refirió, entre otros, D. Michael N. Rimikis, Director Europeo de Health Policy, en su comparecencia ante la Ponencia el 25 de junio de 2013.

¹⁹ D. Luciano Poyato, Presidente de la Unión de Asociaciones y entidades de atención al drogodependiente (UNAD), insistió en esta cuestión.

²⁰ Según datos del Observatorio Europeo.

²¹ La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas afirmaba, al contestar la Encuesta que le remitió la Ponencia, que «el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos. El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo... se asocia estadísticamente con una mayor prevalencia de consumo de otras sustancias.»

organismos²² se observa una tendencia descendente en su consumo, el uso de cannabis plantea importantes problemas de salud relacionados con la baja percepción del riesgo que se tiene sobre el consumo de esta sustancia²³ (mucho menor que la que se tiene frente al tabaco), así como del incremento conseguido en la cantidad del producto psicoactivo (tetrahidrocannabinol) presente en el cannabis resultante de procesos de mejora genética, incremento que hace a esta sustancia más tóxica y adictiva.

Junto al cannabis, la heroína, la cocaína o las anfetaminas y similares han presentado una tendencia de consumo descendente, aunque aparecen nuevas problemáticas relacionadas con las mismas²⁴. Se ha puesto de manifiesto, en relación con la aparición de nuevas drogas que son drogas que hoy están disponibles, pero que no han existido en la historia de la humanidad, a pesar de la creencia contraria. Existían otras sustancias, pero no las que circulan desde hace 40 o 50 años²⁵.

Un factor a tener en cuenta es la manipulación de las sustancias. De las nuevas drogas muchas veces se ignora la composición y sus posibles efectos, pero de las tradicionales no cabe olvidar que la mezcla con sustancias de corte, —como en el caso de la heroína y la cocaína— o la manipulación genética de las plantas —como en el caso del cannabis que (como se ha dicho) incrementa la presencia del tetrahidrocannabinol (principio activo del cannabis)— añade también riesgos imprevisibles para el consumidor²⁶.

Por lo que se refiere a España, el alcohol es la droga legal más consumida y presenta una fuerte asociación con las conductas de ocio. Se ha señalado, por varios comparecientes, que quizás, debería pensarse en mecanismos tendentes a su uso racional, teniendo en cuenta modelos como la Ley 25/2005 sobre tabaco, pues el debate social en torno a esta norma y, finalmente, la aprobación y aplicación de la misma ha generado un aumento de la percepción del riesgo, así como una disminución de su consumo. Partiendo de la baja percepción social del riesgo que se corre con el consumo de alcohol y de la falta de sensibilización del problema del alcohol asociado a otras drogas, medidas como el aumento del precio de las bebidas alcohólicas, la reducción de los lugares y horarios de venta de alcohol, o la tasa de alcoholemia cero (sujeta a estudios técnicos de viabilidad), han sido sugeridas ante la Ponencia.

También, junto a las drogas tradicionales, se percibe el abuso extraterapéutico de medicamentos²⁷ de venta con receta o sin receta. En particular, se ha incrementado el consumo de los hipnosedantes²⁸ y otras drogas que se obtienen con receta legal, con más incidencia en la población femenina.

Junto al uso de las drogas tradicionales²⁹, se extiende el empleo de nuevas sustancias sintéticas, en la mayoría de los casos no sujetas a fiscalización alguna. Estas drogas *emergentes*³⁰, o nuevas sustancias, constituyen un conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y eludir el control normativo al que estas últimas están sometidas. Estas drogas aparecen, reaparecen o emergen en el mercado y en los medios de comunicación social.

En opinión de los expertos, se ha encontrado la manera de sintetizar compuestos —a partir de moléculas ya conocidas— que tienen, en quienes los toman, efectos similares a los de las drogas tradicionales³¹.

²² Naciones Unidas (ONUDD), EMCDDA y OED.

²³ Todos los expertos estuvieron de acuerdo en esta cuestión y se refirieron a ella. El Informe 2011 del Observatorio Español sobre Drogas señala que, sin ningún género de dudas, la población española considera más peligroso fumar un cigarrillo que fumar un *porro*. (El 90,4% de los encuestados consideró peligroso o muy peligroso el consumo de una cajetilla diaria de tabaco frente al 88,7% que consideró como tal el consumo habitual de cannabis).

²⁴ El Sr. Goosdeel mostró en su comparecencia el panorama general de éstas sustancias en Europa.

Hay que tener en cuenta, no obstante, el repunte de la heroína a nivel internacional señalado en el apartado C.

²⁵ D. Elisardo Becoña señala en este sentido el caso del alcohol en España, donde, salvo en casos muy concretos de bebidas autóctonas, no existía un consumo de bebidas de alta graduación.

²⁶ En este sentido el Sr. Bobes García, Presidente de Socidrogalcohol, en su comparecencia ante la Ponencia el 23 de abril de 2013.

²⁷ D. Elisardo Becoña, catedrático de psicología clínica de la Universidad de Santiago de Compostela, insistió en el particular en su comparecencia de 24 de junio de 2013, ante la Ponencia.

²⁸ El Sr. Bobes García lo destacó en su comparecencia. También, la Sra. Tardioli-Schiavo se refirió a este problema en su comparecencia.

²⁹ Según el Informe de Naciones Unidas de 2012, el consumo de drogas tradicionales se estabiliza. El alcohol, la marihuana y la cocaína son las sustancias más consumidas. Entre las drogas sometidas a fiscalización el cannabis ocupa el primer lugar.

³⁰ El Informe de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se refiere a este tipo de sustancias con este apelativo, emergentes, en el que incluye tanto a las denominadas *legal highs*, como a las *research chemicals*, las drogas recreativas o las de diseño. El EMCDDA las denomina nuevas sustancias. El Profesor Rodríguez de Fonseca recordó a la Ponencia que, en buena parte, este tipo de sustancias no son nuevas sino que se trata de moléculas conocidas cuya manipulación es sencilla sin necesidad de acudir a laboratorios muy especializados.

³¹ La Sra. Tardioli-Schiavo puso de manifiesto la importancia de estas nuevas sustancias, un problema sobre el que está trabajando la Unión Europea. En igual sentido, el Sr. Rodríguez de Fonseca, el Sr. Babín, la Sra. Moya, el Sr. Casas, etc... Una referencia general, a título de ejemplo, es a los cannabinoides sintéticos.

La aparición de estas *nuevas drogas o drogas emergentes* denota un cambio notable en el modo de operar del mercado ilegal de drogas. Se introducen nuevas sustancias, basándose en el conocimiento científico sobre la naturaleza de la adicción, sus sistemas biológicos y las dianas químicas sobre las que actúan. Este tipo de compuestos son en su mayoría antiguos, conocidos por la química farmacéutica, o de nueva generación como instrumentos de investigación. Su fuente son publicaciones científicas, patentes y proveedores de química experimental. Los traficantes buscan productos de síntesis sencilla que utilizan precursores legales y baratos que proporcionan países como China o India, con una gran industria química, que eluden las leyes de control aprovechando vacíos legales³².

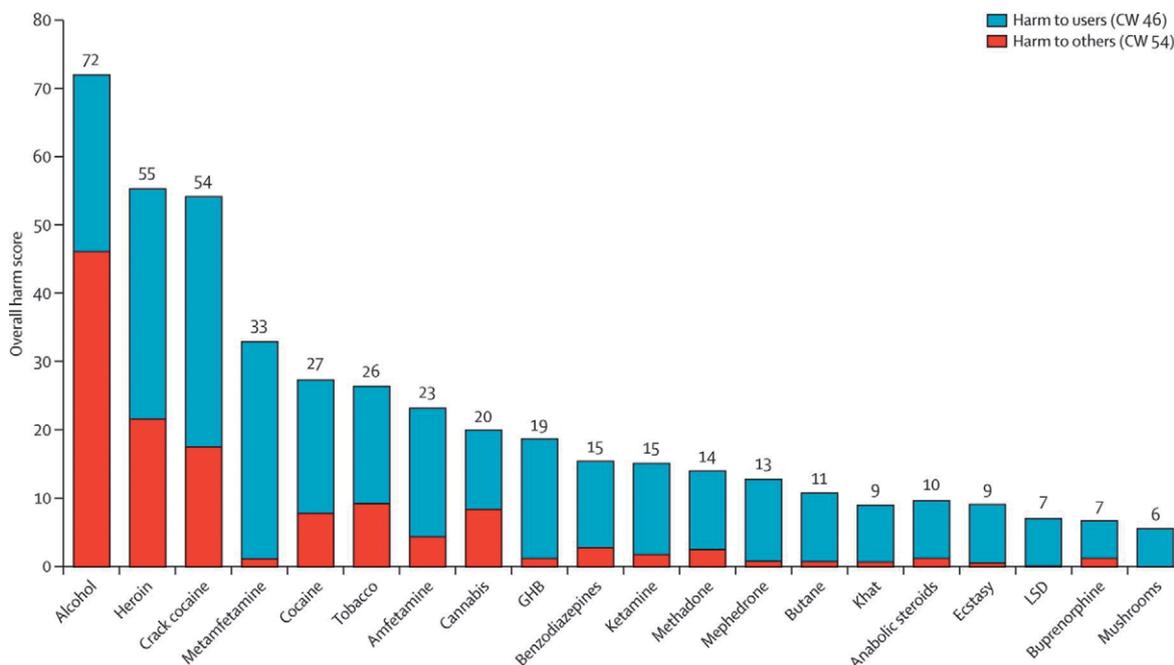
En conclusión, los problemas que plantean, a día de hoy las sustancias nuevas son, entre otros:

- El desconocimiento de su toxicidad³³.
- La gran capacidad de producir sustancias nuevas, utilizando la ciencia. Se trata de sustancias que se sustituyen fácilmente unas a otras.
- La inexistencia de una legislación europea, que favorezca la investigación de dichas sustancias.
- La dificultad de comunicación del riesgo, al desconocerse la toxicidad misma.

Estamos ante un problema que puede tener gran magnitud en el futuro. Es por esto que el sistema de control actual debe de adaptarse a estas sustancias³⁴. El reto es saber cuáles van a ser los nuevos desarrollos de esas sustancias³⁵. Y en este punto hay que destacar la importancia del sistema de alerta temprana, para prohibir y poner bajo control, en lapsos de tiempo cortos, las nuevas sustancias.

Por último, se puso de manifiesto que estas nuevas sustancias, aunque están empezando a aparecer, tienen una incidencia menor en España que en otros países, por lo que no es un problema que, hasta el momento, deba obligar a alterar las prioridades establecidas hasta la fecha³⁶.

Sustancias según el daño potencial



Fuente Nutt D. et al. 2010.

³² En este sentido véase la intervención del Sr. Rodríguez de Fonseca y también el Informe de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas sobre Drogas Emergentes del año 2011.

³³ El Sr. Tettey lo describió así ante la Ponencia: «En muchos casos, las personas que consumen estas sustancias, no saben lo que están consumiendo. Tenemos hoy un panorama muy distinto.. Hace veinte años donde teníamos heroína o cocaína ellos sabían más o menos lo que estaban tomando. Pero hoy en día muchas personas no saben lo que están comprando. Si uno compra éxtasis en el mercado, mañana, aunque sea el mismo comerciante, no sabemos si está dando lo mismo. No hay garantía. Y hay muchas sustancias que son tan tóxicas que pueden matar de una forma inmediata».

³⁴ Sr. Tettey, Representante de la Oficina de Naciones Unidas para las drogas y el Delito (ONNUD).

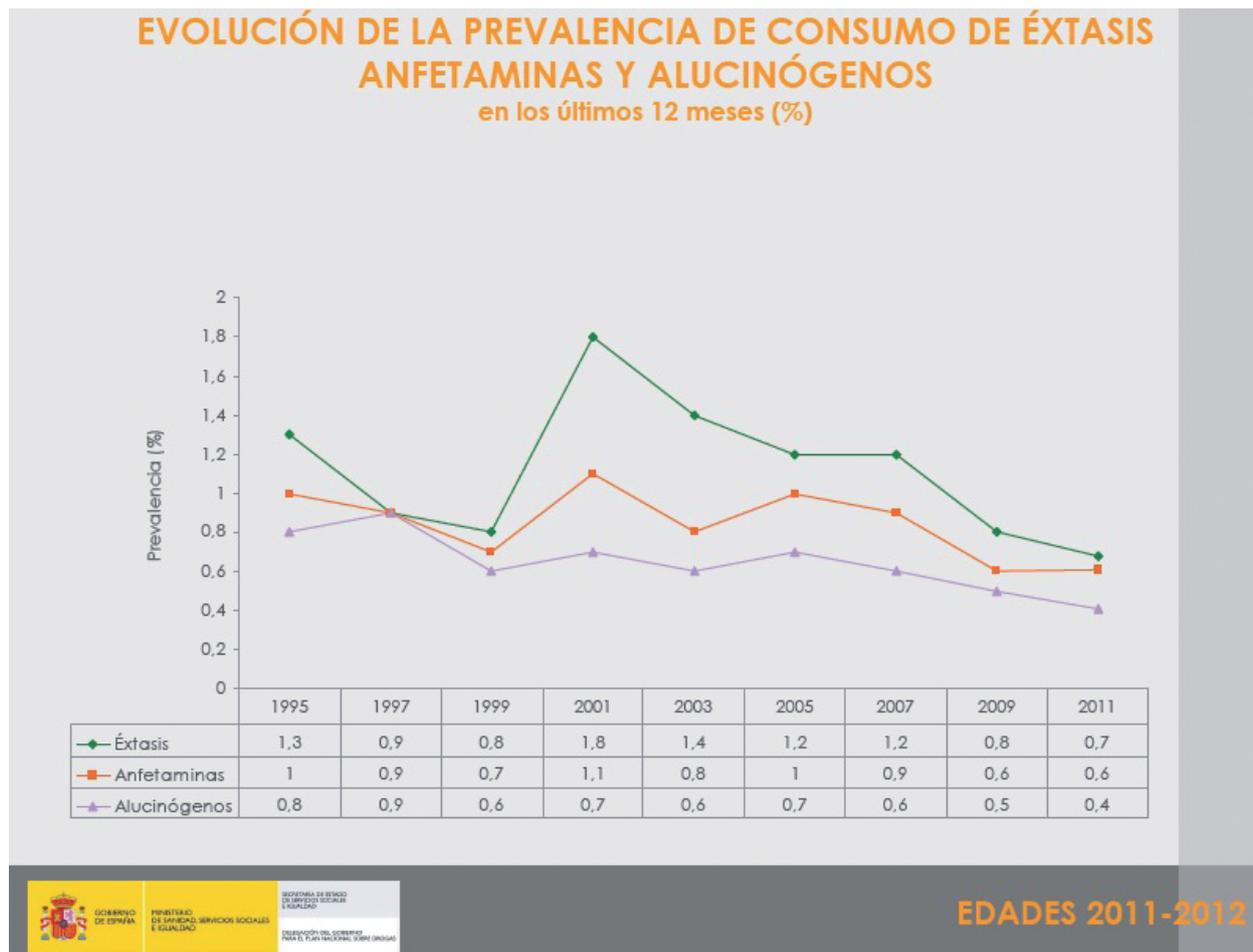
³⁵ Sr. Goosdeel, Representante del Observatorio europeo para las Drogas y la Toxicomanía.

³⁶ Así lo expresó el Delegado del Plan Nacional sobre Drogas en su comparecencia ante la Ponencia el 18 de noviembre de 2013; En el mismo sentido el Sr. Rodríguez de Fonseca.

E) Nuevas sustancias.

El estudio de las nuevas sustancias es necesario, debido a que su popularidad y accesibilidad ha aumentado en los últimos años, sobre todo a través de Internet, tanto en Europa como en el resto del mundo, pues se trata de un fenómeno global. Aunque en España, en promedio, el 47% de las personas nunca han oído hablar de estas drogas.

En España, las sustancias de este tipo más consumidas son las setas mágicas (por encima del éxtasis y las anfetaminas) y la ketamina. La edad de mayor consumo se encuentra en hombres entre los 25-34 años.



La mayoría de los consumidores de drogas emergentes, conforman un grupo de policonsumidores habituales, a los que les gusta experimentar sustancias nuevas, en el que destaca que suelen ser consumidores de 5 o más drogas.

Existe entre los expertos consultados, la opinión generalizada de que el problema no son las nuevas sustancias. De hecho, para algunos expertos no hay más sustancias, hay manipulaciones de las existentes que son el tabaco, el alcohol, los opioides, el cannabis y los psicoestimulantes³⁷.

Los expertos internacionales³⁸ destacan el incremento en la producción y tráfico de estimulantes y anfetaminas.

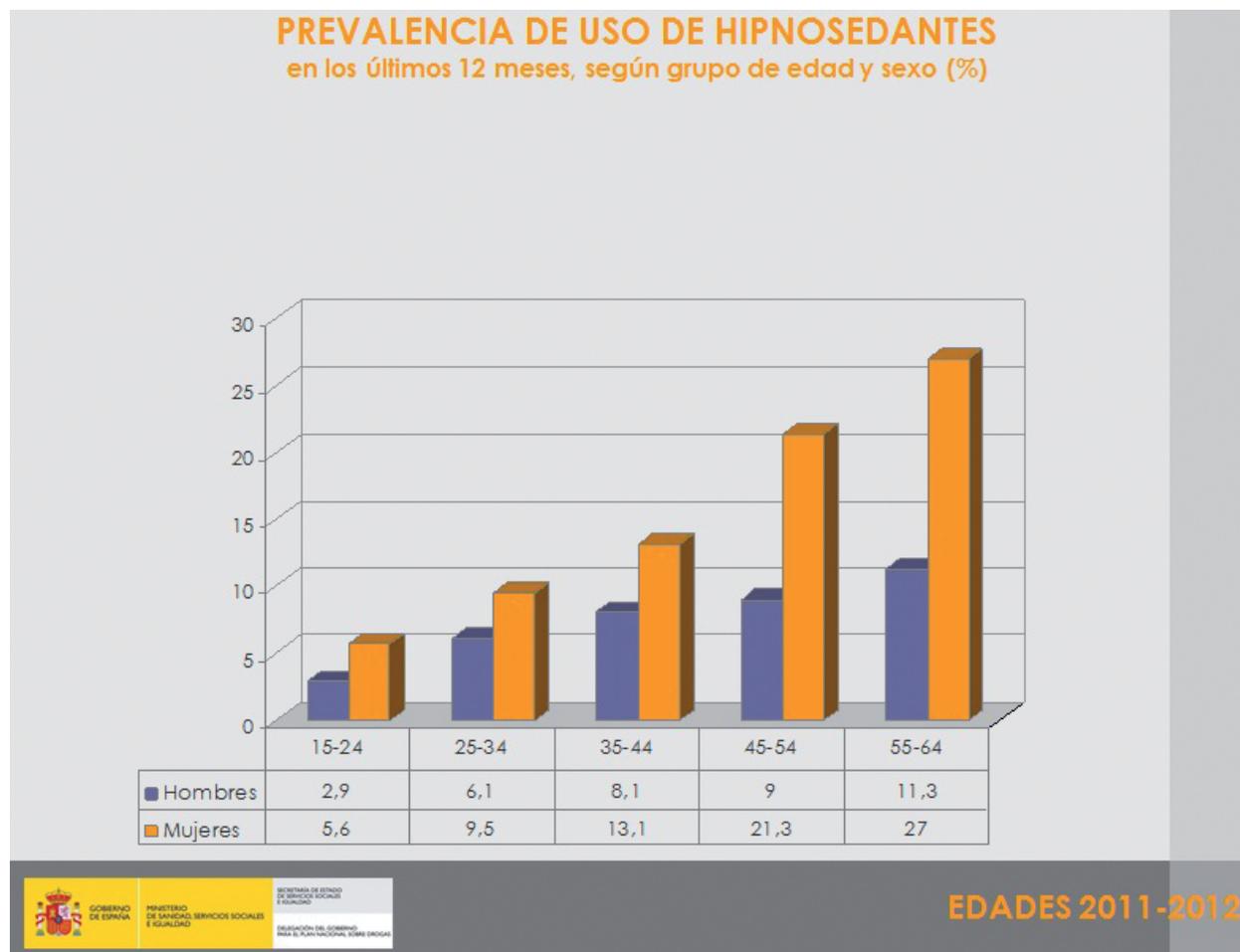
Se considera, en cualquier caso, imprescindible mejorar los sistemas de detección y alerta temprana para evaluar riesgos³⁹.

³⁷ D. Néstor Szerman Bologner.

³⁸ Mr. Justice Tetley, representante de la oficina de Naciones Unidas para las drogas y el delito.

³⁹ D.ª Carmen Puerta, D. Julio Bobes, Mrs. Paola Tardioli-Schiavo, D. Fernando Rodríguez de Fonseca, Mr. Alexis Goosdeel, D. Francisco de Asís Babín Vich.

También, entre las adicciones, se percibe como problema el abuso terapéutico de medicamentos⁴⁰ de venta con receta o sin receta. En particular, se ha incrementado el uso de los hipnosedantes⁴¹ y otras drogas que se obtienen con receta emitida legalmente, con más incidencia en la población femenina.



Otras drogas que plantean problemas son el cannabis, la heroína, la cocaína o las anfetaminas y similares también tienen una tendencia de consumo descendente, si bien aparecen nuevas problemáticas relacionadas con las mismas, tal y como se ha expuesto en el apartado D⁴².

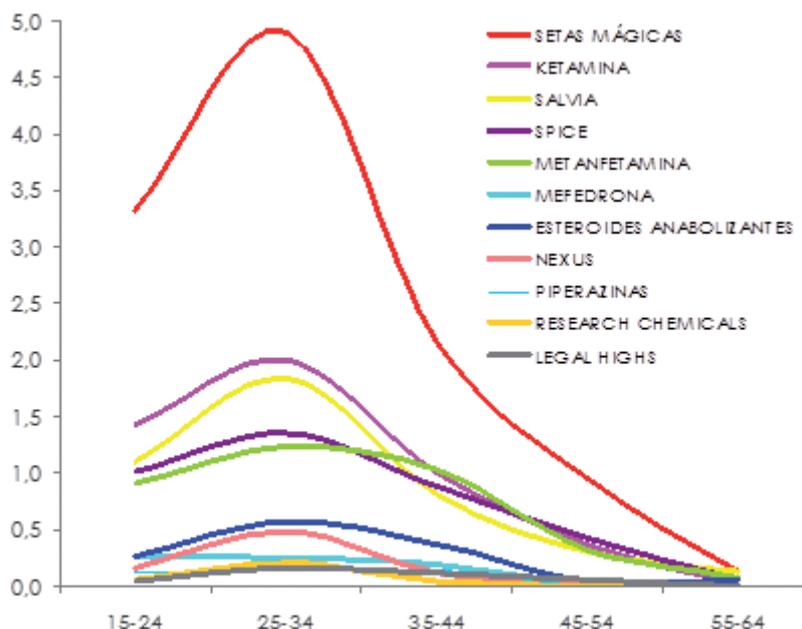
Los recientes debates que han concluido con el informe de la CICAD/OEA sobre escenarios futuros de abordaje del problema de las drogas, así como las acciones emprendidas por algunos Estados federados de los Estados Unidos de Norteamérica (Washington, Colorado) y las nuevas regulaciones emprendidas por Uruguay, deben ser tenidos en cuenta, para valorar sus resultados de cara a la toma de decisiones futuras, en su caso.

⁴⁰ El Sr Rimikis insistió en el abuso de los medicamentos y su problemática; También D. Elisardo Becoña, catedrático de psicología clínica de la Universidad de Santiago de Compostela, en su comparecencia de de 24 de junio de 2013, ante la Ponencia.

⁴¹ El Sr. Bobes García lo destacó en su comparecencia. También, la Sra. Tardioli se refirió a este problema en su comparecencia.

⁴² El Sr. Goosdeel mostró en su comparecencia el panorama general de éstas sustancias en Europa.

Consumo de drogas emergentes



F) Percepción social del problema.

El alcohol es la sustancia que se percibe menos peligrosa: menos de la mitad de los encuestados (según los datos de la encuesta EDADES 2011/2012) considera que tomar 5 o 6 copas en fin de semana puede producir problemas.

El tabaco (según esta misma encuesta) se considera más peligroso que el cannabis. Este dato refleja a la vez un efecto positivo conseguido por las estrategias de prevención y regulación del consumo de tabaco en los últimos años, pero debe ser también una llamada de atención con respecto a la consideración del cannabis, por parte de la sociedad, como una sustancia «poco peligrosa», cuando existe cada vez más evidencia de que esta percepción es errónea. Por otro lado, el discurso de grupos interesados en la regulación de los mercados del cannabis está influyendo en la banalización de los consumos de esta sustancia ⁴³ y esta banalización va a traer consecuencias muy serias, especialmente en los menores ⁴⁴.



Fuente: ESTUDES 1994-2010/2011. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD.

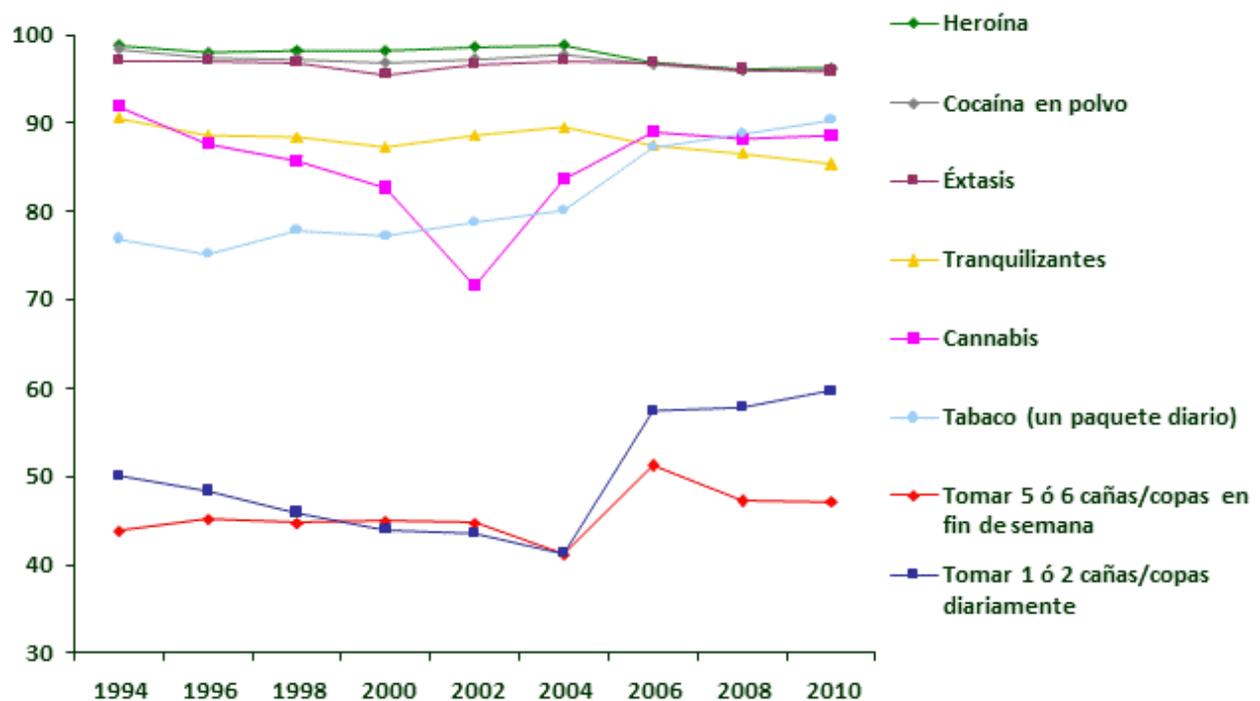
⁴³ D. Francisco de Asís Babín Vich.

⁴⁴ D. Néstor Szerman Bologner.

Se plantea que los consumos, de alcohol en particular y del resto de drogas en general, se han incorporado como un fenómeno cultural más que forma parte de la manera de interactuar de diferentes grupos de población. La percepción de riesgo tiene que ver básicamente con lo social, y es la variable mediadora que tiene que ver con los consumos. Es necesario volver a poner en la agenda política las drogas ya que la sociedad desconoce que seguimos teniendo un problema y por ello no se toman acciones ni individuales, ni familiares ni colectivas, aunque los grandes cambios dependen más de las normas informales que son las que dan lugar a la percepción de riesgo ⁴⁵.

Riesgo percibido en adolescentes

Evolución del RIESGO PERCIBIDO por los estudiantes de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas



Fuente: ESTUDES 1994-2010/2011. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD.

G) La prevención (retraso en el inicio de los consumos).

Todos los expertos consultados coinciden en la necesidad de retrasar la edad de inicio en los consumos y, también coinciden en destacar que: la evidencia científica demuestra que la prevención inespecífica, basada en charlas o actividades puntuales en centros educativos, no es suficiente para oponerse a la presión de grupo y retrasar la edad de inicio; las medidas más eficaces para este fin, son el establecimiento de límites y normas (familiares, legales, etc.); la prevención escolar a través de actividades que acompañan a lo largo de todo el ciclo formativo son eficaces para disminuir los consumos, pero no para retrasar la edad de inicio y que la prevención selectiva e indicada son muy eficaces para los grupos en especial riesgo ⁴⁶.

Habría que incorporar el enfoque de promoción de la salud, que se centra en modelos generales de salud, más que en el trastorno concreto. Por ejemplo, el ejercicio físico o la alimentación son multifactoriales, actuando como factor protector en el consumo de sustancias.

⁴⁵ D. Eusebio Megías, D. Amador Calafat.

⁴⁶ Sr. Delegado del Gobierno.

En relación con la prevención, que se considera un arma fundamental en la lucha contra la droga, se formulan las consideraciones siguientes:

En primer lugar, hay que tener presente que, junto a ella, debe caminar la investigación, que constituye fuente de conocimiento para el desarrollo de esa prevención⁴⁷. Ambas, por tanto, deben marchar unidas. Para poder tomar decisiones de futuro para abordar el problema de las drogas, es preciso conocer lo que aporta el conocimiento científico⁴⁸.

La oferta de drogas afecta al consumo⁴⁹. De ahí la importancia y la necesidad de medidas en el ámbito policial y judicial.

Una de las formas que se ha demostrado eficaz en la lucha contra la droga es la reducción de la oferta, lo que necesariamente pasa por reforzar los cuerpos y fuerzas de seguridad, los recursos judiciales, los administrativos, aduanas, etc.

También parece necesario considerar el tráfico de drogas como un elemento del crimen organizado. A este respecto, hay que tener en cuenta que las personas que producen y ponen la droga en el mercado están organizadas y preparadas y utilizan la ciencia más avanzada para poner en el mercado sus productos. El mundo del narcotráfico ha encontrado que pueden sintetizar compuestos que producen efectos similares a los de las drogas tradicionales, lo que plantea una enorme dificultad en la lucha contra la droga⁵⁰.

Hay que resaltar también la tendencia creciente en las incautaciones de las drogas ilegales en Europa, siendo España el país en el que más incautaciones se han producido, seguida del Reino Unido.

Uno de los problemas más graves que plantean las adicciones en la actualidad es el inicio en el consumo a edades cada vez más tempranas⁵¹.

Según se ha explicado a la Ponencia, el sistema nervioso central no madura hasta los 22 años, de ahí la importancia de trabajar con los jóvenes hasta esta edad⁵².

Es por lo establecido en el apartado anterior, por lo que se ha destacado la importancia de realizar prevención en el seno de la familia, primera fuente de información y primer núcleo socializador de las personas y en la escuela⁵³.

Teniendo en cuenta que el consumo de las diferentes drogas es además de un problema sociosanitario, un problema cultural, se hace necesaria una prevención en este sentido, en la que junto a los valores del individuo, se trabajen los valores sociales⁵⁴.

El modelo de programas educativos en drogodependencias busca potenciar la esfera de lo que se conoce como habilidades para la vida, como la autoafirmación, la resiliencia o la asertividad.

Por otra parte, los programas de carácter poblacional, dirigidos a la población general, no generan resultados perceptibles en individuos o grupos concretos, pero evitan situaciones de riesgo en la población en general.

⁴⁷ Sr. Rodríguez de Fonseca.

⁴⁸ El Sr. Szerman Bologner, presidente de la Sociedad Española de Patología Dual ha señalado en su comparecencia ante la Ponencia, el 23 de abril de 2013, la necesidad de dar más ciencia en las campañas de prevención.

⁴⁹ El Sr. Bobes García, en su comparecencia ante la Ponencia, hizo referencia al aumento de la producción a nivel mundial.

⁵⁰ Fernando Rodríguez Fonseca: De las más de 200 estructuras químicas que hay en el mercado solo se ha conseguido prohibir 13.

⁵¹ El Sr. Rodríguez de Fonseca señaló que «si toda la legislación estuviera orientada a prevenir y regular el acceso de los menores a las drogas, el problema que íbamos a tener con los adultos iba a ser muchísimo menor».

⁵² Entre otros, ha tratado este aspecto el Sr. Bobes: «Si ese señor que está en desarrollo neuronal interfiere en su desarrollo con cualquiera de estas sustancias, lo que estamos haciendo es que se pode él sólo, sin darse cuenta, las neuronas,, porque él no es capaz de apreciar eso» «...no es un riesgo inmediato...».

⁵³ A estas cuestiones se refirió la Presidenta de la Sociedad Española de Toxicología, en su comparecencia ante la Ponencia el 23 de abril de 2013. La Sra. Puerta señaló que «Las nuevas tendencias basadas en el conocimiento científico del funcionamiento cerebral apuntan a que es más efectivo entrenar el lóbulo frontal en edades más tempranas, de modo que cuando la droga se presente ante el adolescente como una opción cierta, este se encuentre en condiciones de rechazarla o bien de establecer una pauta de consumo responsable»; El Sr. Basora constató la existencia de estudios que evidencian que intervenciones en medios educativos como la escuela, tienen efectividad; También el Sr. Megías Valenzuela se refirió a la prevención en la familia, incluso con programas on line, y en la escuela, como prevención universal, aunque también ha de realizarse una prevención específica, a realizar en grupos que están en diferentes sitios.

⁵⁴ Comparecencia del Sr. Megías Valenzuela.

En relación con la prevención de determinadas sustancias se ha apuntado la importante idea de que hay que prevenir el consumo de tabaco y alcohol, que son drogas de iniciación, para a su vez prevenir el consumo de cannabis⁵⁵

Se ha insistido en la importancia de establecer algún tipo de control previo de los programas de prevención, en el sentido de que exista un Catálogo de programas preventivos, de manera que no pueda ponerse en marcha cualquier programa, sino solo aquellos que han pasado unos procedimientos⁵⁶.

También se ha constatado que se debe apostar por programas basados en la evidencia científica, desarrollados en edades anteriores al consumo, acreditados, que han de continuar en todos los ciclos formativos y complementarse con actividades de prevención selectiva dirigidos a los grupos con mayor riesgo⁵⁷

Desde el punto de vista de los costes se ha reiterado que, aunque la prevención pueda parecer cara, sus efectos se producen a lo largo del tiempo⁵⁸ y, finalmente, resulta económicamente rentable. Es por ello que hay que desarrollar una prevención que sea eficaz y, en este sentido es relevante considerar, de cara al futuro, la oportunidad de identificar e intervenir más precozmente⁵⁹, así como tener en cuenta que la prevención basada en la evidencia funciona y es rentable económicamente⁶⁰. Se plantea la necesidad de empezar a intervenir con niños menores de 12 años y con sus familias, ya que son la primera fuente de información del individuo y su papel es fundamental frente a la presión social y a la adicción, dada la inmediatez: hay que dar alternativas y educar en la comunicación, trabajando los valores sociales y criticando los hipotéticos beneficios del consumo⁶¹.

La realización del esfuerzo preventivo en la adolescencia y la juventud podrá ejercer un efecto más rentable sobre la salud de la persona y su desarrollo personal⁶². De ahí la importancia de la coordinación entre elementos sanitarios y educativos.

Todos estos programas deben contar con un enfoque de género, ya que los consumos y las conductas de riesgo, la impulsividad, los valores que favorecer o no los consumos, la socialización, etc..., son diferentes entre ambos sexos.

En cuanto a la eficacia de las campañas de prevención⁶³, existe una cierta percepción de que las campañas no obtienen los resultados que se espera de ellas. Sin embargo, la mayoría de los comparecientes las han valorado positivamente⁶⁴. Se trataría de que las campañas cumplieren los requisitos señalados más arriba en relación con la prevención para conseguir los efectos deseados. En este punto habría que destacar la necesidad de que las campañas vayan dirigidas a los grupos de mayor riesgo y que sus resultados sean analizados y evaluados para favorecer su efectividad.

⁵⁵ D. Elisardo Becoña, en relación con la sustancia que más daño produce señaló «quien más mata es el tabaco pero quien más daño produce es el alcohol». También insistió en las acciones educativas y se refirió a la relación entre consumo de drogas y rendimiento escolar.

⁵⁶ Sr Calafat Far en su comparecencia explicó que «Tenemos que pretender que la prevención sea como un medicamento. Ningún medicamento sale a la calle si no ha seguido toda una serie de procedimientos. Y, por tanto, hay que seguirlos también con los programas preventivos».

Se señalan, a título de ejemplo, los siguientes catálogos: NIDA (National institute on Drug Abuse); NICE (National Institute for Health and Care Excellence); Observatorio Europro sobre Drogas (European Monitoring Centre for Drug and Drugs Abuse-EMCDDA); NICE, NIDA y el Observatorio Europeo (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/best-pra>.

⁵⁷ En este sentido el Sr. Delegado del Plan Nacional sobre Drogas; El Sr. Megías habló de prevención específica, además de la genérica.

⁵⁸ D. Elisardo Becoña, Catedrático de psicología clínica de la Universidad de Santiago de Compostela, en su comparecencia ante la Ponencia el 25 de junio de 2013, ha insistido en adoptar las medidas necesarias, la mayoría por todos conocidas, cuyos efectos se constatan pasado un tiempo.

⁵⁹ Sr. Bobes García; Sr. Calafat Far: de ahí la importancia de potenciar sólo los programas que hayan demostrado su eficacia.

⁶⁰ Según expresó el Sr. Calafat Far: «buenos programas, ahorran dinero».

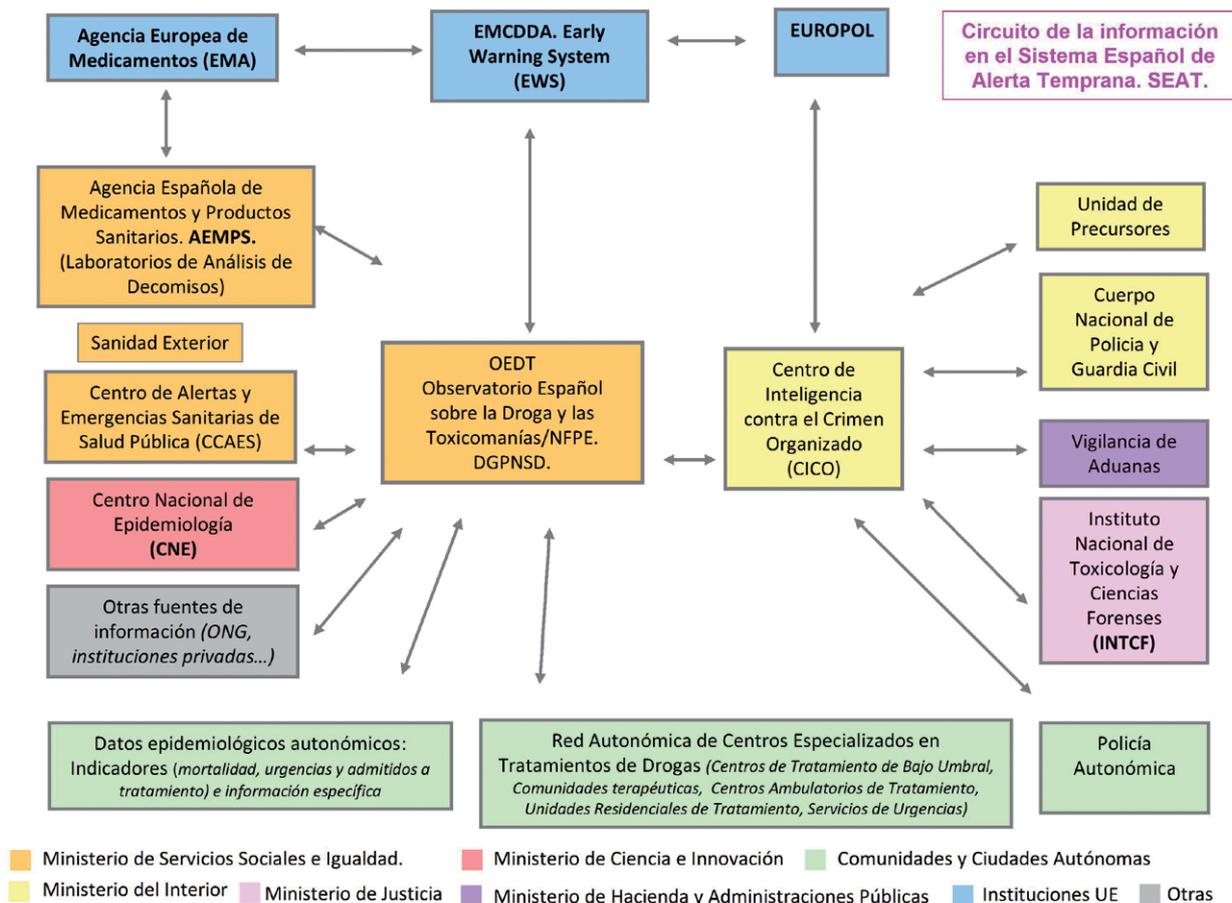
⁶¹ Sra. Puerta y Srs. Calafat, Bobes, Armenteros del Olmo, Basora y Megías.

⁶² Sr Armenteros del Olmo, Responsable del área de drogodependencias de la Sociedad española de Médicos Generales y de Familia, compareció ante la Ponencia el 7 de mayo de 2013.

⁶³ D. Luciano Poyato; El Delegado del Plan Nacional de Drogas en su comparecencia ante la Ponencia defendió la eficacia de las campañas de prevención.

⁶⁴ El Sr. Delegado del Plan Nacional.

Sistema de alerta temprana



Se considera imprescindible abrir un debate con los medios de comunicación, aprovechando los sectores de mayor influencia sobre la juventud y conseguir acuerdos con ellos así como la utilización de las nuevas tecnologías en el ámbito preventivo: papel educativo de Internet⁶⁵.

En definitiva, como expresó algún compareciente, hay que poner la prevención en la agenda política y social. En dicha agenda habría que apuntar, la importancia de la familia, la evidencia de los usos y costumbres tales como la nocturnidad o el ocio, la postura de la industria recreativa, la banalización de ciertas drogas, los resultados de ciertas legislaciones restrictivas como la del tabaco⁶⁶ o la existencia de mensajes contradictorios en relación con el consumo de sustancias que en ocasiones obedecen a los usos sociales o incluso a la existencia de grupos con intereses en el consumo de ciertas sustancias⁶⁷.

H) La adicción a las drogas.

La adicción a las drogas no es una elección libre, sino el final de un camino que comienza con el uso libre de una droga y que en un porcentaje de personas vulnerables, por factores que todavía se investigan, conduce a la pérdida de control⁶⁸.

⁶⁵ Sra. Moya y Sres. Basora y Comas.

⁶⁶ El Sr. Basora insistió en los efectos positivos de la legislación más reciente sobre consumo de tabaco.

⁶⁷ D. Elisardo Becoña puso de manifiesto la existencia, por un lado, de los intereses de la industria, fundamentalmente económicos y, por otro, la necesidad de poner unos límites para proteger la salud.

⁶⁸ El Sr. Rodríguez Fonseca, investigador en la Fundación Imabis (antes Fundación Carlos Haya de Málaga) en su comparecencia de 17 de junio de 2013, así lo explicó. Este compareciente señaló, asimismo, que la adicción es una enfermedad crónica, recidivante, que cursa por brotes, que se caracteriza por la pérdida del control sobre una sustancia, y eso está en la naturaleza de las personas.

En cuanto a la causa que la provoca, a grandes rasgos podría sintetizarse la existencia de dos posiciones. La que considera que la causa es biológica, siendo el resto de circunstancias factores que inciden en algunos aspectos relacionados con la misma. Y las que, sin negar la biología, otorgan un lugar decisivo a las demás circunstancias que rodean la enfermedad.

En relación con la primera posición, se ha puesto de manifiesto ante la Ponencia que se está asistiendo en la actualidad a un cambio de paradigma, en el sentido de que se viene de un paradigma clásico, centrado en el objeto adictivo, a un paradigma nuevo centrado en la vulnerabilidad individual, lo que explica que sólo una minoría de los sujetos expuestos desarrollan conductas adictivas⁶⁹. No se trata de que las adicciones se produzcan por las sustancias, sino que hay sujetos que tienen una especial vulnerabilidad⁷⁰.

Desde esta posición se consideran los factores sociales y familiares sólo como factores predisponentes, o que pueden mantener o facilitar las recaídas, pero la causa se encuentra en la especial vulnerabilidad, al existir un trastorno previo al inicio de la drogodependencia⁷¹.

Llegados a este punto hay que referirse a la denominada «patología dual», término acuñado en nuestro país por D. Miguel Casas⁷². La patología dual es la concurrencia, simultánea o secuencial, a lo largo del ciclo vital, de una enfermedad adictiva y otro trastorno mental⁷³. Y más del 50 por ciento de la demanda en cualquier consulta en un servicio de salud mental es una conducta adictiva o un problema por el uso de sustancias. Lo que lleva a decir que las conductas adictivas son un trastorno mental como cualquier otro⁷⁴. El tratamiento debe tener en cuenta, necesariamente, la patología dual, siendo también necesaria la integración de las redes existentes en la red única sanitaria.

Se continúa valorando como necesaria la integración, de una manera adecuada, de la red de atención a drogodependencias, ya apuntada en la ponencia anterior, en la redes de Salud Mental⁷⁵ y los expertos consideran que es necesario tener en cuenta que:

— Los trastornos duales no implican prelación, necesariamente, entre consumo de drogas y trastorno mental.

— Los trastornos de la personalidad y otros procesos mayores (psicosis, depresión, etc.) pueden encontrar en el consumo de drogas una forma de automedicación que mejora la percepción del estado de salud y el ánimo.

— Los trastornos preexistentes, están también en la base de muchas otras manifestaciones antisociales como son el acoso escolar, la falta de reconocimiento de la función de autoridad paterna o del profesorado, etc.

⁶⁹ El Sr. Szerman Bologner señaló en su comparecencia: «es el momento de pensar en los trastornos mentales como trastornos de los circuitos cerebrales causados por el desarrollo y marcados por la interrelación entre genética y experiencia. En definitiva cualquier enfermedad mental es una enfermedad cerebral.

⁷⁰ También en este sentido el Sr. Casas Brugué, catedrático de Psiquiatría, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall D'Hebrón en Barcelona.

⁷¹ Para el Sr. Casas se trata de una enfermedad neuropsicobiológica. Es una patología cerebral, entendiendo el cerebro como estructura pero también como el funcionalismo más sofisticado que es el pensamiento. También reconoce la existencia de factores y el abordaje multidisciplinar del problema.

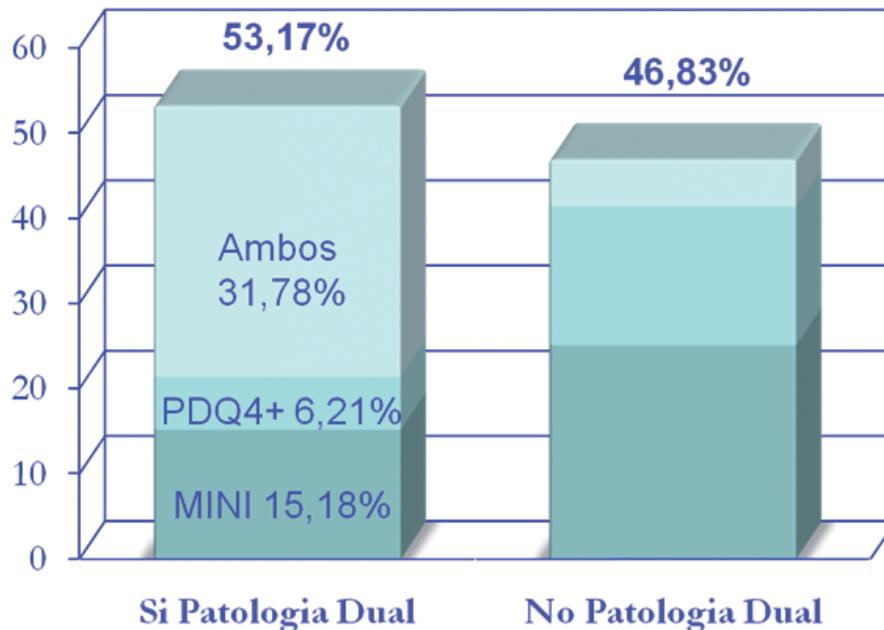
⁷² Compareció ante la Ponencia el 7 de mayo de 2013. El Dr. Casas habló incluso de patología triple y cuádruple y aún más, que se resume en patología dual.

⁷³ Sr. Szerman Bologner.

⁷⁴ Sr. Szerman Bologner.

⁷⁵ D. Néstor Szerman, D. Miguel Casas, D.^a Carmen Moya, D. Francisco de Asís Babín.

Diagnóstico de la patología dual



Fuente: Estudio Madrid de prevalencia de la patología dual. Sociedad Española de Patología Dual, Agencia Antidroga, Madrid Salud, Obra Social de CajaMadrid. Madrid 2008.

Desde la segunda posición, se habla de un triángulo: individuo, sustancia y contexto⁷⁶. En particular, en relación con este último, se insiste en que los factores sociales y el ambiente inciden sobre la enfermedad⁷⁷. Y se da cuenta de la existencia de estudios en los que se pone de manifiesto que la exclusión social o el nivel socioeconómico se correlacionan con el estado de salud.⁷⁸

También, en este sentido, sin dejar de reconocer que la adicción se formaliza en el cerebro, se ha señalado que sus dimensiones son múltiples y tienen que ver con la personalidad del sujeto, con ese estilo personal de gestión del mundo que ha aprendido a desarrollar pero también con su círculo social⁷⁹.

l) Atención integral del abuso de sustancias adictivas

La consideración de la adicción a las drogas se traduce necesariamente en determinadas maneras de llevar a cabo su tratamiento.

Dependiendo de la consideración de lo que sea una adicción se pone el acento en la parte médica o se aboga por soluciones más amplias, en las que sin perjuicio de existir tratamientos médicos, se apliquen otros que incidan en el contexto de la adicción. Se habla de tratar a la persona de forma multidisciplinar⁸⁰, con su psicopatología, su personalidad, sus patologías orgánicas, su entorno familiar, social y laboral.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud recoge en sus referencias a la cartera de servicios de salud pública la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.

En el ámbito de los tratamientos médicos, relacionado también con la posición mantenida acerca de lo que sean las adicciones, se opta por las unidades especializadas o se incide en la importancia de la atención primaria, que se encuentra muy bien situada en el contexto que rodea la adicción⁸¹.

⁷⁶ Sr. Pérez del río, Coordinador Terapéutico de Proyecto hombre, Burgos.

⁷⁷ D. Elisardo Becoña, Catedrático de psicología clínica de la Universidad de Santiago de Compostela se refirió a que lo que determina el consumo de drogas son múltiples factores: ecológicos y culturales, biológicos, la sociabilización, la influencia de la familia o la escuela. También habló de características sociodemográficas, de disponibilidad y precio, publicidad, características psicológicas a nivel de personalidad, y percepción del riesgo.

⁷⁸ D. Josep Basora, Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMFYC.

⁷⁹ Sra. Puerta García

⁸⁰ Sra. Puerta García.

⁸¹ Los médicos de familia tienen una gran accesibilidad. Son la puerta de entrada al sistema nacional de salud y pueden hacer un problema integral de los problemas de salud.

Se ha sugerido la atención primaria de salud como elemento aglutinador, desde el que se puedan realizar actividades de prevención, tratamiento y coordinación con el resto de estamentos implicados y con los que pueden padecer el problema (familia, comunidad educativa y sociedad) Centralidad de la atención primaria. Derivación en caso de que sea necesario a dispositivos especializados de salud mental.⁸²

Se ha destacado la necesidad de integrar el tratamiento de las adicciones en una única red sanitaria⁸³, para evitar deficiencias en el acceso a los tratamientos y la atención a drogodependientes que todavía hoy se están produciendo⁸⁴. Es preciso normalizar los tratamientos, integrarlos como en cualquier otro problema de salud⁸⁵.

Se ha abogado, asimismo, por los itinerarios individualizados, siempre dentro de una red de recursos que asegure los apoyos que cada uno necesita⁸⁶.

Se constata y reconoce la enorme importancia del llamado Tercer Sector, tanto por los resultados obtenidos en relación con las personas tratadas como por la eficacia que vienen demostrando en la gestión de los recursos. Desempeñan las organizaciones que lo integran un papel impagable que hay que exponer para su conocimiento, favoreciendo, en lo posible, su adecuada financiación⁸⁷. España es un país del que se demanda formación para otros países de Europa.

Algunos comparecientes han alertado sobre un fenómeno cual es que, sobre la base de una buena estructura que viene funcionando con un alto grado de calidad, se va también advirtiendo que se van diluyendo los recursos de centros de atención específica, de comunidades terapéuticas e, incluso, la propia planificación y gestión⁸⁸. También se ha advertido que se está asistiendo a un fenómeno de ruptura generacional, esto es, una pérdida importante de conexión generacional para la transmisión de las buenas prácticas⁸⁹.

Se ha señalado que las nuevas estrategias deberán ir hacia una alianza entre lo público y lo privado⁹⁰, así como con el Tercer Sector, no lucrativo. También se ha sugerido la formalización de un catálogo específico de necesidades de los servicios básicos a todos los niveles⁹¹.

Los tratamientos farmacológicos han de girar en torno a la seguridad (interacciones con otros medicamentos, reacciones adversas), eficacia (en términos de abstinencia y detención) y desestigmatización (adquisición en farmacias, realización de la vida cotidiana)⁹².

En cuanto a las personas en tratamiento, se observan varios fenómenos:

— En general, se ha venido elevando el número de personas que solicita tratamiento, especialmente en la población femenina. La demanda de tratamiento va en aumento⁹³, debido, en gran parte a que existen consumidores que llevan un número considerable de años de consumo.

— Se observa un descenso en la edad de jóvenes que solicitan tratamiento. En la actualidad solicitan incluso menores de 16 años.

— Se está elevando el nivel de estudios de las que solicitan tratamiento.

En definitiva, el abordaje del problema de las adicciones ha de girar en torno al establecimiento de nuevos estándares de calidad y la definición de nuevas variables de recuperación, el aprovechamiento de los avances en neuropsicología y neuroimagen, así como la garantía de la equidad y máxima cohesión entre los tratamientos sanitarios, con independencia de la región donde habite el paciente⁹⁴.

⁸² Así lo señaló el Responsable del área de drogodependencias de la Sociedad Española de Médicos Generales y de familia, Sr. Armenteros del Olmo, en su comparecencia ante la Ponencia, el 7 de mayo de 2013, quien se refirió a la centralidad de la asistencia sanitaria desde la atención primaria.

⁸³ Sr. Szerman Bologner.

⁸⁴ Véase, en este sentido la comparecencia de D. Miguel Casas.

⁸⁵ Sr. Bobes García.

⁸⁶ D. José Manuel Caballol Bartolomé, Director General de Red de Apoyo a la Investigación Sociolaboral (RAIS), en su comparecencia ante la Ponencia el 17 de junio de 2013, insistió en esta cuestión y también se refirió a las necesidades específicas de las personas en situación de exclusión social.

⁸⁷ Comparecencia de D. Fernando Pérez del Río, coordinador terapéutico de Proyecto Hombre Burgos, el 17 de junio de 2013.

⁸⁸ El Sr. Megías Valenzuela.

⁸⁹ En ello insistió el Sr. Comas Arnau, Presidente del Patronato Fundación Atenea, en su comparecencia ante la Ponencia el 21 de mayo de 2013.

⁹⁰ Sr. Szerman Bologner.

⁹¹ Sr. Comas Arnau.

⁹² Así lo explicó el Sr. Rimikis.

⁹³ D. Luciano Poyato y Sr. Rodríguez de Fonseca se han referido a este extremo.

⁹⁴ Estas prioridades fueron expuestas por el Sr. Rimikis.

VI. CONSIDERACIONES EN RELACIÓN CON LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIAS

A) La adicción al juego⁹⁵.

La referencia por parte de los comparecientes a esta adicción sin sustancias ha sido bastante limitada, con alguna excepción. De manera muy general puede señalarse que se trata de un trastorno⁹⁶ en el que interactúan diversos factores de riesgo: psicológicos, biológicos y sociales. De ahí la necesidad de tener en cuenta, de cara a las regulaciones de futuro, el aumento del juego on line. Asimismo, se trata de un trastorno que en un gran número de casos suele ir asociado a otras adicciones, especialmente al alcohol.

En la clasificación DSM-V de la Sociedad Americana de Psiquiatría, sólo se reconoce como adicción «sin sustancias» la ludopatía. El resto de las habitualmente llamadas adicciones no han sido incluidas por la falta de estudios clínicos suficientes para validar cada una de las posibles adicciones (compras, internet, sexo, etc.).

Los estudios realizados dan como resultados, porcentajes de juego patológico entorno al 2%, aunque se considera necesario continuar estudiando el problema, parece que los grupos de adultos más jóvenes, entre 18 y 30 años, presentan tasas de juego patológico más elevadas, que los grupos de edad más avanzada y en grupos adolescentes se han dado porcentajes de hasta tres veces más altos que los niveles de juego patológico de la población adulta.

A pesar de que en España existe amplia regulación al respecto del juego, la Ley 13/2011 de Ordenación del Juego, establece la figura del Consejo Asesor del Juego Responsable como órgano colegiado de participación de todos los sectores implicados para la implantación de una estrategia de juego responsable en España, actualmente están poco desarrolladas las estrategias de prevención y las estructuras asistenciales y rehabilitadoras, descansando mayoritariamente sobre la acción de ONGs y algunas unidades de alto nivel de especialización del SNS.

Por tanto, existe un consenso generalizado en integrar a las adicciones sin sustancia, en concreto la ludopatía en las redes de atención⁹⁷. «Los mecanismos cerebrales que operan en la adicción a sustancias son esencialmente los mismos que están implicados en la adicción sin sustancias»⁹⁸.

A nivel europeo, Paola Tardioli, representante de la Dirección General de Justicia de la Comisión Europea, nos informa que algunos estados miembros de la Unión Europea incorporan en sus estrategias la ludopatía.

Hablar de adicción no es solamente hablar de dependencia de sustancias, sino de una modalidad de comportamiento que representa un riesgo para las personas y se traduce en múltiples problemas de salud pública y el problema adquiere niveles de importancia crucial cuando muchos de estos comportamientos afectan a personas de edades muy tempranas.⁹⁹

B) Las nuevas tecnologías.

El uso inadecuado e incluso abusivo de internet, de los videojuegos, etc., preocupan cada vez más a la población. Dentro del uso de las nuevas tecnologías, existe una preocupación añadida en relación con la seguridad de los menores ante fenómenos de suplantación, difusión de la intimidad y otras formas de acoso delictivas o no, por lo que se hace necesario monitorizar y estudiar el fenómeno.

No existen suficientes estudios sobre el uso inadecuado de internet y las nuevas tecnologías que permitan obtener unas conclusiones más o menos definitivas, como puede haberlos en otros ámbitos de las adicciones.

En todo caso, puede señalarse que de los estudios existentes se desprende que existe un 10% de jóvenes que tienen usos inadecuados o, incluso, abusos, pero sin poder hablar de adicciones¹⁰⁰. También se ha explicado su asociación a otras adicciones en un porcentaje considerable¹⁰¹.

⁹⁵ El juego patológico está incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, a diferencia de otras adicciones sin sustancias.

⁹⁶ Según explicó la doctora en Psicología, Sra. Jiménez Murcia, Jefe de la Unidad de juego patológico del hospital de Bellvitge de Barcelona en su comparecencia ante la Ponencia el 21 de mayo de 2013.

⁹⁷ D. Néstor Szerman, D.ª Carmen Puerta, D. Miguel Casas, D.ª Susana Jiménez y D. Fernando Pérez del Río.

⁹⁸ D.ª Carmen Puerta.

⁹⁹ D.ª Carmen Puerta, Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías.

¹⁰⁰ Dato aportado por D. Fernando Pérez del Río, coordinador terapéutico de Proyecto Hombre Burgos, en su comparecencia de 17 de junio de 2013.

¹⁰¹ Sra. Jiménez Murcia; Sr. Delegado del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otro lado y teniendo en cuenta los tres elementos que se dan en una adicción, la persona, el contexto y la sustancia, lo que se trataría de saber es si las nuevas tecnologías tienen potencial suficiente para generar una adicción. Podría hablarse de que pudieran ser un factor precursor de otros trastornos ¹⁰².

La Presidenta de la Sociedad Española de toxicomanías ha puesto de manifiesto que «el estudio del funcionamiento del cerebro ha aportado datos de enorme interés para comprender el hecho de que algunas personas pierden el control de su conducta en situaciones en las que, haya o no drogas, reciben alguna gratificación al desarrollar cierto tipo de comportamientos» ¹⁰³. En este sentido, señaló que los mecanismos cerebrales que operan la adicción a sustancias son esencialmente los mismos que están implicados en la adicción sin sustancias. Además, la edad de inicio y la exposición temprana al juego son variables de riesgo muy significativas ¹⁰⁴.

Por lo que se refiere a las características clínicas de este tipo de trastornos, son similares a las de cualquier tipo de adicción, con o sin sustancia ¹⁰⁵. Se observan síntomas de tolerancia, de abstinencia, de alteraciones significativas del humor; afectación o alteración en todas las áreas de la vida (a nivel académico, laboral, familiar, social, etc.).

Pero si hay algo que caracteriza particularmente a esta patología es el desplazamiento de cualquier otro tipo de actividad. De ahí los cambios del patrón sueño-vigilia, la disminución de las horas de sueño, el sedentarismo, la disminución del rendimiento, la concentración, incluso, alteraciones físicas ¹⁰⁶.

En cuanto a los tratamientos de estos usos inadecuados habría que orientarse hacia lo psicoterapéutico, más que hacia lo farmacológico ¹⁰⁷. Así, los programas deberán dirigirse no tanto hacia la abstinencia, como hacia el aprendizaje de un buen uso de las nuevas tecnologías ¹⁰⁸. Es importante enseñar a la gente como usar adecuadamente las nuevas tecnologías ¹⁰⁹.

El papel de la familia es fundamental en el control de las nuevas tecnologías, debiendo favorecerse la comunicación y exponiendo las alternativas. La prevención ha de realizarse en niños menores de 12 años y ha de ir también dirigida a los padres ¹¹⁰. Estos han de ejercer control sobre la actividad desarrollada por sus hijos en el ámbito de las nuevas tecnologías ¹¹¹.

En último término, no puede dejar de destacarse la importancia de seguir investigando, a los efectos de una adecuada prevención y tratamiento de estas nuevas adicciones.

Ligado a las últimas tecnologías, aunque desde otro punto de vista, cabe reseñar la existencia de programas que las utilizan, sobre todo de cara a la prevención. Con independencia de servir de medio privilegiado de transmisión de mensajes, sobre todo a quien más las usan, los jóvenes, se ha destacado la importancia de los modelos participativos que vienen siendo desarrollados con éxito a nivel local ¹¹². Como dijo en su comparecencia el Representante del observatorio Europeo para las drogas y la toxicomanía, internet también forma parte de las respuestas.

¹⁰² Así lo señaló D. Fernando Pérez del Río, en su comparecencia.

¹⁰³ La Sra. Puerta García compareció en la Ponencia el 23 de abril de 2013. El mecanismo descrito por la Sra. Presidenta de la Sociedad Española de Toxicomanías es, a grandes rasgos el siguiente: Lo que comienza siendo una actividad satisfactoria pasa en algún momento del proceso a ser una actividad que si no se lleva a cabo, provoca un profundo malestar, lo que incita a repetir una y otra vez la misma conducta. La consecuencia es que se va a dedicar un montante de tiempo a esa conducta que va a competir con cualquier otra actividad alternativa y, en consecuencia, va a empobrecer su mundo estimular. Este empobrecimiento es común a todas las adicciones, con y sin sustancias.

¹⁰⁴ Sra. Jiménez Murcia.

¹⁰⁵ Sra. Jiménez Murcia.

¹⁰⁶ Sra. Jiménez Murcia; Sra. Puerta García.

¹⁰⁷ D. Luciano Poyato también señaló la existencia de centros específicos de adicciones no tóxicas, sobre todo en lo que afecta a ludopatías.

¹⁰⁸ Sra. Jiménez Murcia.

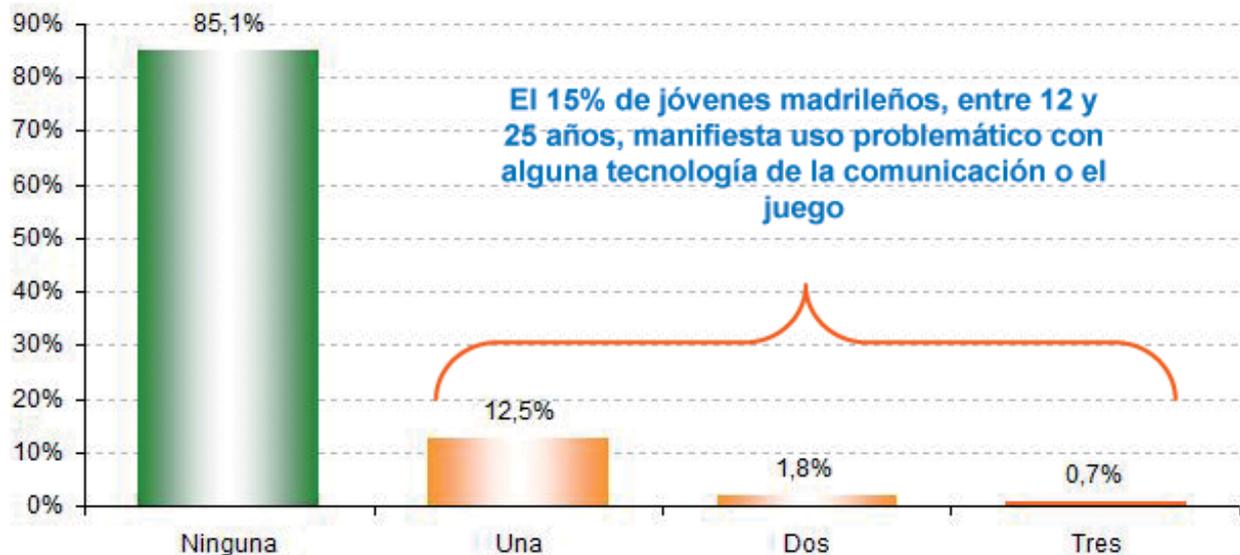
¹⁰⁹ D. Elisardo Becoña.

¹¹⁰ Sra. Puerta García; También el Sr. Pérez del Río insistió en la prevención y los aspectos educativos, que se trabaja mucho en el Tercer Sector.

¹¹¹ D. Elisardo Becoña.

¹¹² A esta cuestión se refirió el Sr Comas Arnau.

El uso abusivo de las nuevas tecnologías



Fuente: Madrid Salud. Estudio de prevalencia del uso inadecuado de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid.

VII. CONCLUSIONES DE LA PONENCIA

La Comisión agradece la colaboración que al trabajo de la Ponencia han prestado las y los comparecientes.

Las intervenciones de los expertos y representantes de distintas entidades que han comparecido, han sido ilustrativas y han aportado elementos de juicio para el debate en la Ponencia, planteando cuestiones importantes.

Antes de entrar a reseñar las conclusiones a las que ha llegado la Ponencia, la Comisión considera que, debe ponerse de relieve la necesidad de centrar los esfuerzos de las actuaciones en los menores y jóvenes dada su plasticidad neuronal y los efectos que para su desarrollo futuro pueda tener el consumo de sustancias, especialmente alcohol y cannabis, sin perder de vista la importancia de detectar y monitorizar las nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo.

Asimismo, en las consideraciones generales previas a las conclusiones y recomendaciones de la Ponencia, ésta se detiene especialmente a tener en cuenta que, bajo el paradigma científico de considerar la drogodependencia como una adicción, se pone el acento en el sujeto, es decir se pasa del paradigma clásico centrado en la sustancia a un paradigma focalizado en la vulnerabilidad individual pero sin perder de vista la dimensión social del fenómeno.

Tras estas primeras reflexiones, la Comisión establece las siguientes conclusiones:

1. Mantenimiento de un enfoque equilibrado en el abordaje integral del problema de las drogas.

Es fundamental el mantenimiento de España en el seno de las Convenciones Internacionales, lo que va a facilitar el mantenimiento del enfoque equilibrado en el abordaje integral del problema de las drogas, ya que esto no impide ni el enfoque de salud pública, predominante en nuestra política, ni el uso de las sustancias fiscalizadas con fines médicos, pero no recreacionales.

Es necesario, igualmente, tener en cuenta que los mercados regulados tipo alcohol o tabaco, se acompañan de un porcentaje mucho mayor de consumidores y de inicios precoces en el consumo.

2. Percepción social del problema.

La disminución de la percepción de riesgo y la banalización de los consumos, hace imprescindible el que se promueva un gran debate social entorno, especialmente, a los consumos de alcohol en menores, en este sentido, la promulgación de una Ley estatal de carácter básico, podría ser una buena oportunidad para ello.

Con respecto al cannabis y a los clubes de consumo, el discurso de los grupos interesados en imponer mercados regulados lleva a la banalización de los consumos de esta sustancia, por lo que es necesario contraponer a este discurso la evidencia científica.

Por otro lado, y en relación con el incremento del consumo de medicamentos con potencialidad adictiva, es necesario promocionar las buenas prácticas en relación al uso de estos, sobre todo en el caso de los psicofármacos.

3. Retraso en el inicio de los consumos.

Es evidente que los menores de edad, a pesar de la normativa vigente, aún tienen facilidad de acceso a las sustancias con potencialidad adictiva, por lo que es necesario mantener, o en su caso adoptar, normas que limiten la posibilidad de acceder a estas sustancias por parte de los menores, si bien toda norma que se adopte debe sustentarse sobre el principio de salud pública y mantener el equilibrio actual entre la reducción de la oferta de sustancias adictivas y la reducción de la demanda de las mismas.

Es necesario iniciar los programas de prevención en edades anteriores al inicio del consumo para continuar durante todos los ciclos formativos y complementarse con actividades de prevención selectiva e indicada dirigidos a los grupos de mayor riesgo. Todos los programas implementados deben estar basados en la evidencia científica y ser sometidos a sistemas objetivos de acreditación y evaluación.

Se considera de especial importancia la relación de los menores y jóvenes con el alcohol, por su vulnerabilidad dada su plasticidad neuronal. En esta línea cobra importancia tanto la prevención como la mejora en el diagnóstico precoz para poder intervenir de forma temprana.

4. Consolidación del modelo de atención.

Para garantizar la calidad y los resultados del modelo de atención, es necesario garantizar que todas las acciones terapéuticas están orientadas a la reinserción plena (social, laboral, familiar, etc.) del adicto.

Es preciso avanzar en el establecimiento de sistemas de medición de resultados objetivos alcanzados, ajustados a la individualización del itinerario terapéutico.

Se debe profundizar en el conocimiento del impacto social del abuso de las adicciones en España.

5. Patología Dual.

La mejor manera de orientar adecuadamente el tratamiento de la patología mental subyacente es favorecer el diagnóstico precoz de estos cuadros.

Es necesario actuar precozmente sobre aquellos trastornos de la personalidad que están en la base de comportamientos disruptivos que se manifiestan entre otras cosas por el consumo de sustancias, pero también por incremento de la violencia entre iguales.

Una adecuada integración de redes de drogodependencias y de salud mental debería favorecer un abordaje más eficiente de la patología dual.

6. Nuevas sustancias.

El sistema de alerta temprana, al que debe darse la máxima importancia, debería estar dotado de una base normativa estable que establezca las bases, los informantes y el tratamiento de la información surgida de los distintos instrumentos para la evaluación dinámica de la evolución del problema de las drogas en España.

También es fundamental contar con las aportaciones de la Comisión Europea y continuar vigilando periódicamente el consumo de nuevas sustancias.

7. Otras conductas adictivas.

Es necesario incorporar la prevención del abuso de las nuevas tecnologías en los planes y programas de prevención de las adicciones, dada su base común. Este abordaje conjunto haría eficiente la intervención.

Al margen de la capacidad «adictiva», es preciso incidir en la prevención de los aspectos relacionados con la seguridad de la red para los menores.

En ludopatía, España debe desarrollar cuanto antes una estrategia de juego responsable a través de la Comisión creada en desarrollo de la Ley 13/2011.

Dicha estrategia debería acometer la forma de vigilancia de la evolución de la ludopatía y la ordenación de los medios para la prevención, asistencia y reinserción incluida su financiación.

VIII. RECOMENDACIONES DE LA PONENCIA

La estrategia de España y de la Unión Europea sobre las drogas sigue un enfoque que aspira al equilibrio, para reducir la oferta y la demanda, y se basa en un principio que es el fundamento de todo, el respeto a la vida y a la dignidad humana, lo que significa que las personas que consumen drogas tienen los mismos derechos que cualquier otro ciudadano.

Partiendo de las consideraciones realizadas en los apartados anteriores, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, la Ponencia de estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones de la Comisión Mixta Congreso de los Diputados-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, considera oportuno:

1. Consolidar y desarrollar el enfoque para hacer frente a las adicciones planteado en la Estrategia y en el Plan Nacional sobre Drogas, es decir, un enfoque que se fundamenta en el abordaje equilibrado, transversal y multidisciplinar del problema sanitario, social y económico que suponen las adicciones, así como en los derechos humanos, en la evidencia científica y en el ordenamiento legal vigente.

Todo ello, además, sustentado en los principios de solidaridad; corresponsabilidad de los poderes públicos; responsabilidad pública en lo relativo a la disponibilidad y el acceso a prestaciones y servicios; universalidad; igualdad; equidad; integración de la perspectiva de género; multiculturalidad y atención específica a la vulnerabilidad; máxima proximidad al ciudadano; interdisciplinariedad en las intervenciones; atención personalizada; integral y continuada; y participación ciudadana.

2. Dotar a los planes y programas de drogodependencias, de una financiación suficiente y estable.

3. Realizar las modificaciones puntuales del Ordenamiento Jurídico que sean precisas para abordar los retos que cualquier adicción, conocida o nueva, pueda requerir, con las personas como eje de cada iniciativa impulsada.

4. Incrementar la presencia de acciones orientadas a la prevención, tanto primaria como secundaria, en la agenda social y en la agenda política, para reducir las posibilidades de desarrollo de comportamientos adictivos en la sociedad.

5. Garantizar las sinergias y la coherencia, apoyando las prácticas eficaces desarrolladas por los Planes Autonómicos de Drogas y potenciando el papel coordinador de la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y su Comisión Interautonómica, así como el que corresponde a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, de manera que, a través de los principios de coordinación y cooperación, se garantice el desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Drogas y las acciones contenidas en el Plan de Acción 2013-2016.

6. Prestar especial atención a los consumos de riesgo (alcohol, tabaco, abuso de medicamentos de prescripción facultativa, juego, Internet y redes sociales, entre otros) entre los más jóvenes, especialmente en los colectivos sociales más vulnerables, al haberse constatado que las drogas empiezan a ser consumidas entre los 13 y los 15 años. Impulsar, asimismo, una mayor coordinación entre los ámbitos de la familia, la educación, el deporte, los servicios sociales y la sanidad.

Impulsar un amplio debate social sobre los riesgos que entraña el consumo de alcohol entre los menores, siguiendo el modelo de sensibilización que ha permitido la aceptación social de las Leyes de prevención del tabaquismo, con la participación de las entidades sociales y las sociedades científicas.

7. Adoptar las medidas pertinentes que impidan la banalización de las adicciones y los consumos de todo tipo de sustancias. Medidas que deberán ir orientadas, no sólo a los potenciales consumidores, sino también a todos aquellos que puedan obtener algún beneficio.

8. Incrementar y ampliar la coordinación de las actuaciones desarrolladas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para reducir la oferta de todo tipo de sustancias, especialmente en Internet.

9. Aplicar medidas a fin de garantizar un tratamiento sociosanitario pluridisciplinar e integral de las adicciones, favoreciendo las buenas prácticas y las experiencias de éxito acumuladas en los centros de atención primaria y en las unidades especializadas de salud mental, teniéndose en cuenta la comorbilidad psiquiátrica.

Aumentar la coordinación en el ámbito de los servicios de urgencia y prevención, así como poner en marcha los protocolos de derivación y coordinación entre el sistema sociosanitario y las organizaciones del tercer sector.

10. Orientar el sistema de atención a las adicciones hacia la reinserción social, laboral y familiar del paciente como medio para hacer más eficiente la inversión realizada por la sociedad, teniendo en cuenta que esta estrategia supone economías en otros elementos del gasto social asociado a las adicciones. En este sentido, consolidar y reforzar las alternativas terapéuticas, educativas y de reinserción social. Asimismo, mejorar y garantizar la formación y la cualificación de los profesionales y de los voluntarios que trabajan en el campo de las adicciones.

11. Potenciar la colaboración con el tercer sector, mejorando la coordinación y desarrollando nuevas alianzas, así como reforzando aún más la implicación de toda la sociedad en la lucha contra las adicciones.

12. Detallar las prestaciones asociadas a la cartera de servicios en drogodependencias, teniendo en cuenta a las Comunidades Autónomas, garantizando la equidad y la cohesión interterritorial.

13. Realizar estudios sobre las adicciones no ligadas a sustancias, que permitan avanzar en su conocimiento y abordaje, ligando sus conclusiones a la aplicación de medidas que impulsen la prevención y promoción de la salud, y regulando el uso de la publicidad de actividades que puedan generar comportamientos adictivos.

14. Destinar los esfuerzos necesarios a la prevención y al abordaje de las adicciones a las nuevas tecnologías, al juego y, más en concreto, al juego on line, en el contexto de lo establecido por la Estrategia de Juego Responsable de la Dirección General de Ordenación del Juego, adscrita al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, aprobada en 2013.

15. Promover y fomentar la sensibilización de la sociedad respecto al riesgo que supone el abuso de drogas u otras sustancias psicoactivas y sus consecuencias. Y ello, entre otras vías, mediante convenios de colaboración con las Corporaciones Locales, en el marco de la Federación Española de Municipios y Provincias, con la realización de proyectos para el fomento de estilos de vida saludables, siendo el ocio alternativo, incluida la práctica del deporte, una base primordial en las políticas de prevención y promoción de la salud.

El objetivo es reducir la demanda de droga, así como retrasar el inicio del consumo. Y, en este sentido, es preciso conocer las necesidades que tienen las instituciones más cercanas a los ciudadanos, los Ayuntamientos, siendo muy necesario potenciar los recursos, haciendo especial hincapié en atender, especialmente, a los grupos más vulnerables y marginados.

16. Estimular la investigación, el desarrollo y la innovación científica sobre las adicciones, con un enfoque global, procurando una mayor relación entre los organismos públicos de investigación, las universidades, las empresas y los centros asistenciales, tanto del ámbito nacional como del internacional, con el fin de agilizar la consecución de avances en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las adicciones.

17. Incidir en el diseño y la aplicación de medidas con las que mejorar la rehabilitación y la reinserción social de los adictos, potenciando la prevención —especialmente para los más jóvenes— utilizando internet y las redes sociales.

18. Aumentar los esfuerzos para recopilar información y pruebas sobre el uso de fármacos de prescripción médica con capacidad adictiva, con el fin adecuar su utilización y su seguimiento farmacoterapéutico.

19. Reforzar el enfoque de género en la lucha contra las adicciones, con el fin de adaptar las medidas que han de aplicarse a las necesidades particulares de la mujer, especialmente, en relación con las que forman parte de los colectivos sociales más desfavorecidos.

20. Favorecer la puesta en marcha de programas de tratamiento para las politoxicomanías, haciendo un mayor énfasis en el uso de varias drogas simultáneamente, como por ejemplo, en la mezcla de alcohol con otras drogas.

21. Mejorar la rapidez en la actuación, reforzando los instrumentos existentes de alerta temprana, ante la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado. Actuar, por ello, de forma proactiva, pues en estos momentos, son subproductos muy peligrosos, que, en la mayoría de los casos, no son ilegales.

22. Frente el crecimiento tan importante y peligroso en la UE de nuevas sustancias psicoactivas, nuevos opiáceos, cannabinoides sintéticos, etc., intervenir, incluso antes de la evaluación de riesgos, cuando la gravedad del caso lo aconseje, lo que, por otra parte, constituye el propósito de una nueva Directiva europea, que está impulsando desde hace unos meses la Comisión. Observar con atención, asimismo, los cambios en el panorama internacional en el consumo de heroína y otras drogas.

23. Apoyar el Mecanismo de Coordinación y Cooperación entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe, así como el Proyecto COPOLAD de la UE, que lidera España, creado para este fin.

24. Reforzar las medidas de reducción de la demanda de drogas en los centros penitenciarios, con el objetivo de un «espacio sin drogas», modelo UTE, basándose en una correcta evaluación de la situación sociosanitaria, así como de las necesidades de los internos, con el objeto de alcanzar una atención sanitaria de calidad. Velar por que dicha atención y la reinserción sean continuadas en todas las fases del sistema judicial penal, y tras la liberación.

25. Reforzar a nivel estratégico y operativo, la cooperación y la coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, nacionales y de la UE, con otros ámbitos geográficos de especial interés para España. Reducir la producción interior y transfronteriza, el contrabando, el tráfico, la distribución y la venta de drogas.

26. Responder de forma anticipada a las nuevas situaciones y a los retos que se plantean en el ámbito de UE. A estos efectos, deberá de prestarse especial atención a las nuevas tecnologías de la comunicación, que juegan un papel muy importante en la producción, la comercialización, el tráfico y la distribución de drogas (entre otras las nuevas sustancias psicoactivas que salen al mercado cada semana). Responder, también con eficacia, a la evolución de las sustancias de corte de las drogas, precursores y otros productos químicos esenciales utilizados en la fabricación ilegal de las mismas. Para ello se deberá reforzar el control y la vigilancia por parte de los servicios competentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, mediante la utilización de las nuevas tecnologías.

27. Seguir fortaleciendo la cooperación internacional, ámbito en el que España sirve de ejemplo y de referencia a otros países, por haber sido el primero de la UE que implantó un Plan Nacional sobre Drogas hace veintisiete años, así como por el buen trabajo realizado en los ámbitos de la oferta y la demanda. Además, la colaboración público privada, especialmente en lo referente al Tercer Sector, ha sido fundamental en la imagen de España, hoy modelo en las políticas sobre drogas. En definitiva, una política internacional basada en los principios de responsabilidad compartida, multilateralismo, gestión integrada y equilibrada.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

El Grupo Mixto, a instancia de la Diputada Teresa Jordà i Roura, de Esquerra Republicana-Catalunya-Sí (ERC-RCat-CatSí), al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, presenta los siguientes votos particulares en relación a la Ponencia de estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones legales e ilegales.

Palacio del Congreso de los Diputados, 20 de marzo de 2014.—**Teresa Jordà i Roura**, Diputada.—**Alfred Bosch i Pascual**, Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

Voto particular núm. 1

Añadir al final del punto 13:

«Entre otras, abordar el estudio de adicciones a la televisión y al teléfono móvil y realizar campañas sobre un consumo racional y responsable.»

Voto particular núm. 2

Añadir un nuevo punto con el siguiente redactado:

«— Reenfocar la política entorno al consumo de drogas, especialmente entre la juventud, para proyectarse desde una visión pedagógica y no represiva.»

Voto particular núm. 3

Añadir un nuevo punto con el siguiente redactado:

«— Reenfocar la política penal entorno al menudeo de drogas, apostando por medidas alternativas a la pena privativa de libertad, incluyendo las multas económicas. En los casos de venta al por menor, la pena privativa de libertad debe estar destinada sólo a multirreincidentes.»

Voto particular núm. 4

Añadir un nuevo punto con el siguiente redactado:

«— Orientar la política penitenciaria hacia el fomento de la rehabilitación y la reinserción en los casos de personas drogodependientes.»

Voto particular núm. 5

Añadir un nuevo punto con el siguiente redactado:

«— Regular, en el plazo más breve posible, la producción, distribución y consumo de cannabis, permitiendo su venta en establecimientos acreditados e impulsando que éstos puedan realizar una labor de pedagogía y uso responsable. Asimismo, se insta a gravar la venta con un tributo, procurando destinar la recaudación a gasto sanitario y a campañas de concienciación, de prevención de adicciones y de tratamiento de las drogodependencias.»

A la Mesa de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar los siguientes votos particulares, al Informe aprobado por la Ponencia de estudio de las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones legales e ilegales.

Palacio del Congreso de los Diputados, 20 de marzo de 2014.—**Eduardo Madina Muñoz**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

Voto particular núm. 6

Al apartado «VIII. Recomendaciones de la ponencia», punto 2

De sustitución.

Se propone la siguiente redacción:

«2. Adoptar las medidas necesarias para paliar las consecuencias derivadas de los profundos recortes de los tres últimos Presupuestos Generales del Estado en todas las partidas y áreas relacionadas directa o indirectamente con el abordaje de las adicciones.

Incrementar la dotación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, así como la de todas las partidas y áreas relacionadas directa o indirectamente con el abordaje de las adicciones (sanidad, educación, servicios sociales, justicia, instituciones penitenciarias, investigación y evaluación, etc.) garantizando una financiación suficiente y estable para todas ellas.»

Motivación.

Es necesario mostrar un mayor compromiso en cuanto a la financiación.

Voto particular núm. 7

Al apartado «VIII. Recomendaciones de la ponencia», punto 3

De supresión.

Se propone la supresión de este punto.

Motivación.

Esta recomendación carece de la concreción necesaria, así como de un mínimo rigor.

No es la competencia ni la voluntad de esta subcomisión otorgarle al Gobierno una especie de «carta blanca» para realizar las modificaciones del Ordenamiento Jurídico que crea oportunas, bajo el amparo de las recomendaciones de este informe.

Voto particular núm. 8

Al apartado «VIII. Recomendaciones de la ponencia», punto 19

De sustitución.

Se propone la siguiente redacción:

«19. Incorporar la perspectiva de género en todas las actuaciones relacionadas con la lucha contra las adicciones, con el fin de adaptar las medidas que han de aplicarse a las necesidades particulares de la mujer, especialmente, en relación con las que forman parte de los colectivos sociales más desfavorecidos.»

Motivación.

Para lograr la eficacia de las actuaciones relacionadas con la lucha contra las adicciones es imprescindible incorporar la perspectiva de género en todas ellas, dado que los consumos y las conductas de riesgo, la impulsividad, los valores que favorecer o no los consumos, la socialización, etc..., son diferentes entre ambos sexos.

Voto particular núm. 9

Al apartado «VIII. Recomendaciones de la ponencia», punto 24

De sustitución.

Se propone la siguiente redacción:

«24. Reforzar las medidas de reducción de la demanda de drogas en los centros penitenciarios, con el objetivo de un "espacio sin drogas", modelo UTE (Unidad Terapéutica y Educativa), basándose en una correcta evaluación de la situación sociosanitaria, así como de las necesidades de los internos, con el objeto de alcanzar una atención sanitaria de calidad. Velar por que dicha atención y la reinserción sean continuadas en todas las fases del sistema judicial penal, y tras la liberación.

Extender progresivamente a todos los centros penitenciarios el modelo de Unidades Terapéuticas y Educativas que se ha revelado especialmente adecuado y eficaz en el tratamiento de los internos con problemas de drogodependencias.

Garantizar la continuidad de las UTEs existentes, y en concreto, regular adecuadamente y dotar de estabilidad la actuación que se está desarrollando en el centro penitenciario de Villabona bajo el programa de Unidad Terapéutica y Educativa, tal y como reclama el informe de la Defensora del Pueblo, tras constatar una devaluación de sus contenidos.»

Motivación.

Es necesario avanzar en los centros penitenciarios bajo programas de Unidad Terapéutica y Educativa; así como preservar los existentes.