



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 2022

XIV LEGISLATURA

Núm. 163

Pág. 1

PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE LAS ADICCIONES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. FRANCESC XAVIER ERITJA CIURÓ

Sesión núm. 16

**celebrada el martes 20 de diciembre de 2022
en el Palacio del Congreso de los Diputados**

Página

ORDEN DEL DÍA:

Comparecencia del señor delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Villalbí Hereter):

- Al objeto de informar sobre los datos obtenidos en la reciente encuesta EDADES 2022. A propuesta del Gobierno. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 212/002843 y número de expediente del Senado 713/001225) 2**
- Para rendir cuentas sobre las medidas que va a poner en práctica para dar una solución real a las necesidades y los problemas evidenciados en el «Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España». A petición del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 212/002267 y número de expediente del Senado 713/001145) 2**

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 2

Se abre la sesión a las nueve y treinta y cinco minutos de la mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Muy buenos días. Se abre la sesión.

Hoy estamos supeditados a la actividad del Senado, donde a las doce tienen Pleno. Deberíamos terminar a las once y media y darles margen para poder llegar al Pleno. Por eso, haremos una sesión bastante comprimida.

Antes de tramitar el orden del día, quería comentarles que el compareciente tendrá unos veinte o veinticinco minutos para su exposición, como corresponde, que luego daremos siete minutos a los portavoces de los grupos para que hagan sus preguntas y que no habrá un segundo turno de respuesta, para intentar ajustarnos al tiempo que decíamos y no forzar mucho la Comisión. Ya saben ustedes que yo soy bastante flexible, o sea, que, si son ocho minutos, tampoco pasa nada.

Procedemos a tramitar el orden del día. Comparecencia del delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas al objeto de informar sobre datos obtenidos en la reciente encuesta EDADES 2022, con números de expediente 212/002843 y 713/001225, así como para rendir cuentas sobre las medidas que van a poner en práctica para dar una solución real a las necesidades y los problemas evidenciados en el informe 2022, «Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España», con números de expediente 212/002267 y 713/001145. Los dos puntos se tramitarán conjuntamente.

Toma la palabra el delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el señor don Joan Ramón Villalbí Hereter, a quien agradecemos su presencia y su disposición para informar a la Comisión sobre los diferentes aspectos que va tratando. Sería importante que se reservase un tiempo para después dar contestación a los grupos.

Muchas gracias.

El señor **DELEGADO DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL DE DROGAS** (Villalbí Hereter): Muchas gracias, señor presidente.

Es un placer y un honor, también una responsabilidad, comparecer ante ustedes para dar cuenta de las cosas que pueden ser novedosas o que les motivan a plantearnos preguntas.

Voy a presentar ahora los principales resultados de la encuesta EDADES 2022, sobre alcohol, drogas y otras adicciones. Es una primicia, porque la comunicación con los medios está atascada por las necesidades de comunicación generales del ministerio. Quiero recordar que esta encuesta se viene haciendo cada dos años desde 1995. Es una encuesta con una gran muestra, 26.000 personas en esta oleada, y se hace a domicilio a personas entre 15 y 64 años y, por tanto, son personas no institucionalizadas, viven en domicilios empadronados. La última encuesta se hizo hace dos años, justo antes de la pandemia, y, por tanto, la serie no se ha visto afectada por la misma, y el trabajo de campo se ha hecho en este mismo año 2022. Quiero agradecer el trabajo durísimo del equipo del observatorio, que ha conseguido que se haga el trabajo de campo y su explotación dentro del mismo año natural, cosa que no siempre es posible. Esta encuesta incluye unos cuantos módulos, que son relativamente novedosos, especialmente un módulo sobre salud mental, que es totalmente nuevo, suscitado por la preocupación social por este tema, porque está muy relacionado, por supuesto, con las adicciones y muy centrado en aspectos vinculados al suicidio.

La foto general del consumo de drogas en la población de 15 a 64 años es esta. (**Apoya su intervención en una presentación digital**). Nosotros entendemos por drogas las sustancias que tienen efecto psicoactivo y capacidad adictiva. La droga más consumida, tanto por hombres como por mujeres, es el alcohol; después, el tabaco, al que le sigue el cannabis y los medicamentos con potencial adictivo de tipo hipnosedante, que básicamente son benzodiacepinas, la mayoría prescritos por médicos y una pequeña parte sin receta. A partir de aquí, ya vamos a frecuencias muy inferiores.

Déjenme ampliar un poquito la información sobre el tabaco. Aquí están las líneas correspondientes de haber fumado alguna vez en la vida, de haber fumado el último año, de haber fumado el último mes y de haber fumado diariamente el último mes. Tenemos una situación en los últimos años relativamente estable. Hay mayor consumo en hombres que en mujeres, en todos los tramos temporales. Si miramos la foto del alcohol, vemos que también hay una relativa estabilidad en las líneas correspondientes a haber tomado alcohol alguna vez en la vida a lo largo del último año, a lo largo del último mes y diariamente en el último mes. En la línea correspondiente al último mes se aprecia un lento declive en estos momentos, pues un 9% de la población de esta franja de edad dice beber diariamente. Este patrón de consumo diario, que no tiene por qué ser abusivo, pero sí que es nuestro patrón más tradicional y tiene una diferencia muy grande por grupos de edad, porque se concentra, sobre todo, en las personas de edad más avanzada

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

dentro de esta franja, pero sabemos que también después por otras fuentes de información, y, de nuevo, es muy superior en los varones que en las mujeres.

Respecto al alcohol, nos preocupan también los consumos intensivos. En los últimos tiempos nuestro patrón de consumo de alcohol ha ido cambiando: de ser un patrón de consumo diario muy vinculado con las comidas ha pasado a ser más frecuente el consumo intermitente, pero intenso, especialmente entre la gente joven. La gente joven no bebe a diario, prácticamente, pero sí que hay una proporción importante de gente más joven que los fines de semana — bastantes fines de semana o algunos fines de semana— bebe de forma muy intensiva, lo que se llama consumo en atracones. El consumo intenso nos preocupa, porque aunque castiga menos al hígado, que tiene que limpiar el alcohol, y la mayor consecuencia del consumo excesivo diario a largo plazo son las lesiones del hígado, como la cirrosis hepática, por ejemplo, el consumo intenso de alcohol produce más efectos neurológicos, especialmente en la gente joven, porque el cerebro no deja de madurar cuando se alcanza la mayoría de edad, sino que sigue madurando hasta los veinticuatro o veinticinco años, y la exposición intermitente a dosis muy altas de alcohol por parte de este cerebro en proceso de maduración no está exenta de secuelas, que veremos a lo largo de los tiempos.

Por tanto, por las contestaciones a si han bebido cuatro o más copas seguidas en una única ocasión, a si han participado en botellones en el último año, a si han tenido una borrachera en el último mes o a la batería de preguntas de la encuesta con la que se elabora el test AUDIT a las personas con más probable patrón de riesgo de consumo de alcohol, se muestra más estabilidad en algunos parámetros, con tendencia a la baja, como, por ejemplo, el antecedente de borrachera o la participación en botellones de manera más intensiva, que en algunos otros parámetros.

En relación con el consumo de hipnosedantes, que son medicamentos con potencial adictivo, que, básicamente, son prescritos, España tiene un consumo bastante elevado comparado con otros países. Básicamente es consumo prescrito, pero hay una pequeña proporción que es sin receta. En esta gráfica se aprecia esta pequeña proporción de la evolución del consumo de hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida a lo largo del último año y a lo largo del último mes. Con receta es muy superior en mujeres que en hombres —es de las pocas sustancias con potencial adictivo donde el consumo es muy superior en mujeres que en hombres—, pero sin receta prácticamente son iguales, con niveles muy pequeñitos, del orden de más del 1%.

Otro grupo de fármacos con potencial adictivo que nos preocupa son los analgésicos opioides, es decir, para el dolor, pero elaborados a base de extractos de opio, teniendo un cierto potencial adictivo. No todos tienen el mismo potencial adictivo. Por ejemplo, la codeína y el tramadol, que son los más utilizados, tienen menos, pero el fentanilo, por ejemplo, es mucho mayor. Por ejemplo, en Norteamérica han tenido una epidemia muy desastrosa vinculada al consumo de este tipo de fármacos, donde el fentanilo juega un papel importante. En estos momentos, en el mercado de drogas ilícitas internacional hay producción intensiva de fentanilo en algunos países y forma parte de las tramas de narcotráfico. Es una droga muy destructiva, más adictiva que la heroína y mucho más potente y más propicia a la sobredosis.

El consumo de analgésicos opioides, tanto prescritos como sin prescribir, tiene una leve tendencia a incrementarse. Esto en parte está bien, porque seguramente años atrás habría personas que tenían dolor, que no se trataba suficientemente bien, y su calidad de vida empeoraba mucho, pero el potencial adictivo de estos medicamentos hace que tengamos que estar muy alerta. Por eso, el ministerio ha puesto en marcha, junto con las comunidades autónomas, un plan de opioides, con el que se intenta supervisar la prescripción y restringir la prescripción de aquellas formas farmacológicas más propicias al mal uso o al desarrollo de adicción. Estamos siguiendo con mucho interés este plan de opioides y participando en su desarrollo.

El cánnabis es la sustancia ilegal con mayor frecuencia de consumo y su tendencia es relativamente estable. Ascende la proporción de personas que lo han probado alguna vez en la vida, es decir, se extinguen las generaciones que no habían tenido contacto con el cánnabis, y la proporción de personas que lo han tomado el último año, el último mes o que lo toman diariamente se mantiene relativamente estable. Pero esta proporción de personas que dicen tomarlo diariamente ha pasado en veinticinco años de ser menos del 1% a ser casi un 3%; son cifras pequeñitas, pero no dejan de reflejar un incremento que nos preocupa un poquito, porque los consumidores diarios de cánnabis tienen más puntos para que les pasen cosas que no nos gustan. Es más frecuente entre la gente más joven y más frecuente en los varones que en las mujeres.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 4

Tenemos también una batería de preguntas que configuran el test CAST para identificar a las personas que podrían tener una problemática con su consumo de cannabis. El test CAST funciona bastante bien con los adolescentes, pero no tanto con los adultos, pero, aun así, lo tenemos incorporado a la encuesta, lo que nos permite ver que la foto general se mantiene relativamente estable. Aunque se haya incrementado esa pequeña proporción de usuarios diarios de cannabis, no percibimos con la encuesta y con el test CAST que se haya incrementado el consumo problemático de cannabis entre toda la población de 15 a 64 años en estos momentos.

La cocaína es la segunda sustancia ilícita con mayor difusión de consumo, aunque ya estamos hablando de proporciones muy inferiores. En la cocaína estamos distinguiendo cada vez más entre la cocaína tradicional, cocaína en polvo, consumida habitualmente por vía inhalada, y la cocaína base, el *crack*, una forma de cocaína mucho más intensiva, que en España tienen un mercado pequeñito, pero, por ejemplo, en América han tenido un mercado muy importante y efectos muy devastadores. Por tanto, estamos intentando distinguirlas, aunque confieso que sabemos que buena parte de los entrevistados, que han tenido menos contacto con drogas, no lo distinguen muy bien. Aun así, nosotros intentamos, con todos los mecanismos, pues los sistemas de información no se limitan a las encuestas, intentar distinguir estas dos sustancias, porque la cocaína base nos preocupa todavía más que la cocaína tradicional. Aquí de nuevo la foto es que la proporción de personas que la han probado alguna vez en la vida se va incrementando, porque había generaciones que apenas tenían contacto con drogas ilícitas, que se extinguen, pero la proporción de los que la han probado en los últimos doce meses se mantiene relativamente estable, quizás a la baja, y la proporción de los que la han probado en los últimos treinta días, también. Estamos hablando de cifras muy pequeñas, del orden del 1%, para los que han probado en los últimos treinta días.

De todas maneras, hay que decir que predomina la cocaína en polvo y que la cocaína base está en proporciones muy pequeñas, del orden del 1‰ de los entrevistados. Pero si distinguimos aquí entre los adultos que participan en la encuesta, la franja mayor, y la franja más joven, de 15 a 34 años, lo que sí vemos es que entre la población joven hubo unos años en que era mucho más frecuente el uso de cocaína, en los años dos mil, y este uso disminuyó, probablemente, vinculado a la crisis — la cocaína no deja de ser una droga relativamente cara— y no ha vuelto a recuperar aquellos niveles tan altos de consumo entre los adultos jóvenes que se habían visto hace unos quince o veinte años, y que entre la población adulta de mayor edad, en la segunda parte de esta franja que encuestamos, ha crecido un poquito, pero es a expensas de que se han incorporado aquí estas generaciones, que unos años han pasado a tener de 35 a 64 años.

Las otras drogas ilegales están en niveles muy bajitos: estamos hablando de menos del 2% para casi todas y de menos del 1% para muchas de ellas, incluso de menos del 0,5%. Hay dos que nos preocupan especialmente. Una es la heroína. Nuestra historia comenzó con la catástrofe de la heroína en los años setenta y ochenta y, aunque la heroína está aquí, muy abajo, muy abajo, aunque también es verdad que la heroína es una droga tan destructiva que muchas personas que consumen heroína no están viviendo en domicilios donde los podamos encuestar; esta es una limitación de las encuestas. Y la otra que nos preocupa cada vez más, aunque está en niveles muy bajos de consumo, es la metanfetamina. La metanfetamina antes no la desagregábamos, mientras las anfetaminas se incluían todas, pero la capacidad destructiva de la metanfetamina es tan grande, sus efectos han sido tan devastadores en América y su presencia, aunque sea muy minoritaria en nuestro país, está en las grandes ciudades, especialmente en Barcelona, de donde vengo yo, que estamos siguiendo con mucho interés lo que está pasando. Y aquí veríamos, quizás, un leve incremento. Estamos hablando de cifras muy pequeñas, inferiores al 0,5%, pero estamos siguiéndolo con mucha preocupación.

El riesgo percibido por la población sobre las drogas es francamente peculiar. La población percibe un riesgo elevado en el consumo de drogas ilegales. La población ha pasado a percibir que el consumo de tabaco es muy peligroso y, prácticamente, lo iguala con el de drogas ilegales, y es totalmente verdad en términos de muertes cada año en España. Percibe con menos riesgo el cannabis, incluso el consumo habitual. Percibe con mucho menos riesgo el cannabis con consumo ocasional, incluso. Y tiene una percepción de riesgo relativamente bajo respecto al alcohol. Esto explica muchas cosas. En cambio, lo que está cambiando mucho y no está estable es la percepción de disponibilidad. El trabajo y los esfuerzos de control de la oferta que desarrollan la policía, el Servicio de Vigilancia Aduanera y todos los agentes que participan en el control del mercado ilícito de drogas hacen que la percepción de disponibilidad —que llegó a un pico alrededor de 2010— esté disminuyendo para el cannabis, para la cocaína y para todas las

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

otras drogas, y para algunas drogas es la más baja desde que hacemos las encuestas. Esto es muy positivo, porque indica que los esfuerzos por controlar la oferta de drogas fiscalizadas, las que están incluidas en los tratados internacionales, también tienen un rendimiento.

Haré una breve referencia a estas preguntas sobre la salud mental, que se centran mucho en aspectos vinculados al suicidio. Aquí se incluían preguntas referidas a la ideación suicida, donde una proporción muy pequeñita de personas reconocen haber tenido ideación suicida, a haber hecho planes suicidas, donde una proporción muy pequeñita de personas también los plantean, y a haber realizado alguna vez un intento de suicidio. Estamos hablando de cifras del orden del 1 %, que configuran un sustrato de mayor riesgo, porque hay muchos intentos de suicidio que son intentos histriónicos que no tienen mucho riesgo de letalidad, pero sí que las personas que participan en estas situaciones y las que refieren ideación suicida o haber hecho planes de suicidio tienen mayor riesgo. Reconocer esto es un marcador. De hecho, con la encuesta nosotros proporcionábamos un folleto donde ofrecíamos contacto con servicios de ayuda a adicciones y contacto con servicios de ayuda ante el riesgo de suicidio, y 26 000 personas recibieron este mensaje, además de participar en la encuesta; es una modesta contribución.

Quisiera llamar su atención sobre este binomio entre los problemas de salud mental y problemas de adicciones, porque las personas que referían ideas suicidas, planes de suicidio o un anterior intento de suicidio tenían mucho más consumo de medicamentos hipnosedantes, habían tenido mucho más consumo de drogas ilegales y mucho más riesgo de consumo de alcohol. Esto pone de manifiesto que hay un vínculo muy importante: muchas personas con problemas de adicciones tienen otros problemas psiquiátricos, tienen una comorbilidad, y muchas personas con problemas psiquiátricos tienen mayor riesgo de consumir sustancias psicoactivas y de desarrollar adicciones. Esto requiere nuestra atención, porque los servicios que tenemos están un poquito desvinculados, por motivos históricos. Por un lado, tenemos servicios de salud mental y, por otro, tenemos servicios de adicciones. En algunas comunidades están más integrados, y estoy mirando a la diputada vasca, pero en muchas comunidades son redes que están un poco separadas; a veces, coordinadas y, a veces, menos coordinadas. Esto es algo en lo que, de cara al futuro, tenemos que ir pensando.

Finalmente, incluimos hace unos años preguntas sobre adicciones comportamentales o conductas de riesgo para adicciones comportamentales, y en la escala la más importante es el juego de apuestas. Aquí, quisiera decir que esta encuesta, que es muy reciente —es de esta primavera—, nos aporta datos que me parece que son especialmente útiles, porque esto en los últimos tiempos ha preocupado mucho. El juego *online*, el juego con Internet, está presente sobre todo entre la gente más joven. No ha ido creciendo inexorablemente, como nos temíamos, sino que después de la pandemia ha bajado un poquito, al menos en esta franja de población. Y el juego presencial, que incluye desde las loterías hasta las maquinillas en los bares o las quinielas, también se vio un poquito afectado por la pandemia, pero, en cambio, es mucho más frecuente en las personas de edad más avanzada, dentro de esta franja de edad. Lo de jugar dinero es relativo, porque yo tengo un billete de lotería que compramos entre los compañeros de trabajo y no considero tener un problema. Lo que aquí analizamos es el posible juego problemático, a través de una batería de preguntas vinculadas a los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, de la Asociación Americana de Psiquiatría, con las que intentamos ver la magnitud del juego de riesgo. Y aquí lo que vemos, de nuevo, es que, pese a que nos preocupaba mucho que esto fuera *in crescendo*, no parece que vaya *in crescendo* con los datos de esta encuesta. Según el modo de juego, diría que las personas que juegan *online* tienen más posibilidad de juego problemático que las que hacen juego presencial, y es un poquito mayor entre los varones que entre las mujeres. Esto es todo por lo que respecta a esta encuesta.

Quisiera también atender a la petición que se me formuló de aportar los elementos del sistema de información del Observatorio Español de Drogas y Adicciones, para también plantear qué podemos hacer. En este sentido, el último informe del observatorio recoge los datos de la encuesta a estudiantes adolescentes, de 14 a 18 años. Aquí tenemos una foto que se parece un poquito a la población adulta, pero no es la misma. El alcohol sigue siendo el más frecuente, el tabaco el siguiente y luego los medicamentos hipnosedantes. El cannabis ocupa un espacio muy importante en esta franja de edad y las otras drogas son muy minoritarias. Pero vamos a mirar cómo ha ido evolucionando en adolescentes el consumo de algunas de las drogas que nos preocupan más, como, por ejemplo, el alcohol. Respecto al hecho de consumir alguna vez en la vida, en los últimos doce meses y en el último mes, el 53 % de la población de 14 a 18 años —hasta los 18 años no se puede comprar alcohol o no te pueden vender alcohol, porque lo que está castigado es la venta, no el consumo— nos dice que ha bebido en el último

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 6

día, y la mayoría de esta población son menores de edad. Esto pone de manifiesto la necesidad de reformular algunas cosas. De todas maneras, también quisiera poner de manifiesto que aquí tenemos una curva que pasó el pico alrededor del año 2012 y que desde ese año muestra indicios de decrecimiento, y esto es interesante y favorable. Y en las formas de consumo más intensivo —antes hemos mencionado el antecedente de borrachera, la participación en botellón o los episodios de *binge drinking*, que es el consumo en atracón— las tendencias, en general, no son desfavorables. Hay una estabilidad, pero con lenta tendencia a la disminución en los últimos años, lo que nos satisface.

Por lo que respecta al cannabis, vemos un patrón que tiene algunas similitudes aunque con el pico situado en un momento distinto. Respecto a la prevalencia de consumo de cannabis en esta población adolescente —el año 2021 fue muy marcado por la pandemia, por tanto, con la bajada del año 2021 yo no tiraría las campanas al vuelo, o sea, está bien, es positiva, pero seguramente refleja los cambios que hubo durante ese año—, quisiera ponerle de manifiesto que el pico, por lo que fue al consumo de cannabis en población adolescente lo pasamos alrededor del año 2004. Esa fue la época en la que tuvimos mayor consumo de cannabis más trivializado, tanto en chicos como en chicas, y esto con indicadores como haberlo consumido alguna vez en la vida, haberlo consumido en el último año o haberlo consumido en el último mes. En todas las circunstancias el año 2004 fue nuestro peor año, en lo que hace a consumo de cannabis entre la población adolescente.

Otra cosa son los indicadores que ya no se derivan de encuestas, sino que se derivan de la información que nos dan las comunidades autónomas sobre las personas que inician tratamiento en la Red de Atención a las Drogas y Adicciones. En la Red de Atención a las Drogas y Adicciones, que se ha configurado en nuestro país con las comunidades autónomas desde los años ochenta, definimos conjuntamente con ellas un indicador que es las personas que empiezan tratamiento según la sustancia principal por la que empieza el tratamiento. Si en los años noventa estaba muy monopolizado por la heroína, la verdad es que con la introducción de tratamientos sustitutivos de opioides conseguimos retener a estas personas que antes iban un día a tratamiento y no volvían nunca más, hasta que al cabo de dos años volvían un día a tratamiento y no volvían nunca más. Cuando empezamos a desarrollar los programas de metadona y los programas de tratamiento sucesivo con operadores, conseguimos retenerlos en tratamiento y, por tanto, la proporción de gente que empezó el tratamiento por la heroína fue disminuyendo lentamente. Sigue habiendo, porque siguen vivos, un montón de personas en tratamiento a largo plazo con sus riesgos de opioides, pero su vida, la de muchos de ellos, está más normalizada y los centros han podido empezar a atender otros problemas.

¿Cuál fue el primero que emergió? La cocaína. La cocaína emergió, se cruzó como principal sustancia para pedir ayuda con la heroína a principios de este siglo, y se mantiene. Disminuyó con la crisis porque, como decía antes, la cocaína es una droga relativamente cara, y si hay menos gente que la consume, hay menos gente que desarrolla dependencia y menos gente que va a buscar ayuda. Luego con la recuperación económica volvió a subir. En el año 2020 toda la red, no solo la Red de Adicciones sino todo el sistema sanitario, se vio muy afectado por la pandemia y, por tanto, esta disminución del año 2020 hay que atribuirla puramente a esto y el año siguiente se recuperará. Tendremos muy pronto esos datos, porque tardan un poquito en procesarse en las comunidades autónomas, pero se habrán recuperado.

La sustancia es el cannabis. El cannabis apenas generaba demandas de tratamiento hace veinticinco años, pero se ha ido incrementando y ha superado la heroína desde hace años, casi alcanza a la cocaína. Entonces yo quiero poner de manifiesto que el cannabis no es una sustancia trivial, ya que hay mucha gente que acaba necesitando ayuda profesional experta en la Red de Atención a las Adicciones debido a su consumo de cannabis.

Luego las otras sustancias están aquí abajo, o sea, no se ven en la escala con las que vemos estas otras. Lo que sí pasó es que al normalizarse el funcionamiento de la red, esta se pudo dedicar —y al tener atendidas las demandas más urgentes por las drogas más destructivas, como especialmente la heroína, pero también la cocaína— a atender a nuestro problema de adicciones más eterno, que es el alcohol. Por tanto, desde hace unos años incluimos entre los inicios de tratamiento problemas de alcohol. Sabemos que hay personas con problemas de alcohol, que son atendidos fuera de la Red de Adicciones, por tanto, esto es solo una parte del problema. Sin embargo, la primera sustancia que atienden nuestros centros de tratamiento de adicciones es el alcohol desde hace años y se mantiene estable, porque tenemos muchas personas con un problema de alcohol.

Algunas de las consecuencias más negativas del consumo de drogas son las infecciones, por ejemplo, con VIH sida o por hepatitis C, que son infecciones que pueden tener efectos muy devastadores. Aquí la

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 7

problemática ha mejorado mucho en los últimos años, hace quince o veinte años teníamos cada año como 800 casos de sida, que se habían infectado a través del uso de drogas inyectadas. Esto ha ido descendiendo porque hemos ido incorporando no solo oferta de tratamiento con tratamiento sustitutivo de opioides, sino también a programas de reducción de daño con intercambio de jeringuillas, con espacios de consumo supervisado en Cataluña, en Bilbao y durante un tiempo en Madrid —ahora no, pero quizás vuelva a haber pronto—. En general, todos estos programas han comportado menos riesgos para los usuarios de drogas que todavía no están en tratamiento y, por tanto, más probabilidades de sobrevivir. En estos momentos, dentro de los nuevos casos de sida, los que son vinculados a la transmisión por inyección de drogas son muy poquitos, y esto está muy bien porque implica que esta población, a veces tan marginada y tan despreciada también, integra los mensajes preventivos cuando tienen la oportunidad y si le ofrecemos oportunidades de reducción de riesgo. Del mismo modo, la gente que empieza tratamiento y que está infectada por el virus VIH, que es lo que acaba causando el sida tiempo después, sobre todo, si no se trata pues ha ido disminuyendo, de ser del orden de un 8%, apenas es un 4% de las personas que inician tratamiento por drogas y que están infectadas por VIH. Entre las personas que empiezan tratamiento —después de haber recaído porque hacían tratamiento y luego recayeron y han de volver a empezar tratamiento— es más frecuentes que tengan infección por VIH, pero entre las personas que hacen tratamiento de forma naïf, por primera vez en su vida, la proporción es muy pequeñita, del orden del 2%. Esto es muy positivo porque refleja el éxito de los programas de reducción de riesgos y daños en nuestro país.

La otra consecuencia más negativa, la consecuencia más devastadora es la muerte precoz por reacción aguda adversa a drogas. En nuestro país desarrollamos un sistema de seguimiento, que se inició en los años ochenta con las seis grandes ciudades. Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza notificaban en su partido judicial las muertes por sobredosis. En esta línea se muestra cómo el pico fue a principios de los años noventa, con la instauración del tratamiento sustitutivo de opioides, con la metadona. Después empezó a disminuir, lo mantenemos disminuido y se está quietecito. Luego hemos ido incorporando otras fuentes de declaración. Hay comunidades autónomas que lo declaran. El INE, el Instituto Nacional de Estadística, que es quien recoge las causas de defunción de las comunidades autónomas, recoge estas muertes mejor que antes. Entonces tenemos estas series que se incrementan, pero en buena parte se incrementan porque se incorporan nuevos partidos judiciales, se incorporan nuevas comunidades autónomas a los sistemas de declaración, porque ahí es donde tenemos el núcleo de la problemática, que son en esas seis grandes ciudades, y donde tenemos el sistema consolidado desde hace más años, pues los datos son estables. Con todo esto hacemos una estimación general, que es esta línea verde.

¿Cuál es la foto? Pues la foto es que estamos en una situación relativamente estable. Uno podría pensar que podría bajar más, pero es que en nuestro contexto internacional la situación no es estable. En Gran Bretaña están teniendo una epidemia de muertes por sobredosis devastadoras; en Estados Unidos llevan años, están del orden de 100 000 muertos al año por sobredosis, unas cifras absolutamente inéditas, incluso trasponiéndolas a la población de nuestro país, que es inferior que la suya. Por tanto, la fotografía de la mortalidad por reacción adversa a drogas —que seguimos muy de cerca por nuestra preocupación no solo por la heroína sino por otras drogas tan destructivas como la metanfetamina o el crack—, nos muestra una relativa estabilidad. En este contexto, ¿qué hacer? Pues básicamente seguir trabajando; seguir trabajando con el trabajo de información y sensibilización que desarrollamos siempre, con la coordinación y la colaboración con todos los agentes en el marco del Plan de Acción sobre Drogas, tanto en España como en el contexto internacional porque las drogas son un fenómeno donde el ámbito internacional es muy importante. Para nosotros esto tiene tres espacios principales: el primero es la Unión Europea; el segundo es Naciones Unidas, porque al final los tratados de fiscalización de las drogas vienen de Naciones Unidas, ya que la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito configura los esfuerzos internacionales, y finalmente, un cierto marco latinoamericano porque tenemos una cooperación estrecha en el contexto latinoamericano.

Asimismo, intentamos fomentar las acciones de mayor eficacia y calidad. Recientemente hemos puesto en marcha el portal de buenas prácticas en prevención, del que estamos muy contentos, en colaboración con la Consejería de la Región de Murcia, y esto va a marcar mucho, creo, el futuro de las acciones de prevención en nuestro país. Trabajamos muy activamente para obtener recursos y transferirlos a comunidades autónomas, a entidades sin ánimo de lucro, a corporaciones locales, directamente a las grandes ciudades y las capitales de provincia, y también a través de la FEMP para las otras, a los grupos

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 8

de investigación y a todos los actores en control de la oferta. Asimismo, seguimos midiendo la situación y las tendencias del observatorio, ya que nos permiten ver cómo andamos y ver si las cosas están saliendo más o menos bien, así como proporcionando documentación y apoyo a los profesionales, a los servicios y a las administraciones implicadas. Esta es nuestra tarea y esto es lo que intentamos seguir haciendo.

Estaré encantado de atender a las preguntas que me quieran formular e intentaré contestarlas lo mejor posible. Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Villalbí.

Ahora pasamos ya a las preguntas de los grupos por un tiempo de siete minutos, con un cierto margen. Les repito otra vez que será una única intervención de los portavoces para que luego vuelva a responderles y así nos ajustamos al tiempo para que puedan salir de aquí a las once y media y acudir al Pleno del Senado.

En todo caso, empezamos con los grupos parlamentarios. Por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Ahedo.

La señora **AHEDO CEZA**: Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días a todos y a todas... **(El señor Gago Bugarín: Quería saber cómo haremos las intervenciones)**.

El señor **PRESIDENTE**: Perdón. Sí, intervendrán los portavoces de menor a mayor.

La señora **GAGO BUGARÍN**: Nosotros hemos solicitado la comparecencia, viene en el orden del día.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene razón.

Perdón, señora Ahedo. Sí, el Grupo Parlamentario Popular había pedido la comparecencia.

La señora **AHEDO CEZA**: Ningún problema.

El señor **PRESIDENTE**: Por tanto, serían siete minutos con un poco más de margen, porque quien pide la comparecencia tiene un minuto más de margen. Disculpen.

Por el Grupo Popular, tiene la palabra el señor Gago.

El señor **GAGO BUGARÍN**: Gracias, presidente.

Muy buenos días, señor Villalbí. Bienvenido de nuevo a esta Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones. Le agradecemos enormemente que comparezca de nuevo, lo ha hecho ya en marzo del presente año. Quiero trasladarle en nombre de mi grupo parlamentario y en el mío propio la satisfacción, el agradecimiento por el esfuerzo que realizan diariamente todos los trabajadores de la delegación en pro de la lucha contra las adicciones, capitaneados por usted. También quiero hacerlo extensible a quienes lo desarrollan desde los diferentes comisionados de las comunidades autónomas, a quienes implementan los planes municipales, a quienes están en primera línea de batalla en la atención sanitaria y, por supuesto, a los servicios sociales y a las ONG. Todos ellos, todos ustedes, dan una esperanza a las futuras generaciones y a quienes, por desgracia, padecen algún tipo de adicción y están luchando contra ella.

Le confieso que, además de repasar los documentos promulgados en los últimos dos años — especialmente, el informe «Alcohol, Tabaco y Drogas del año 2022», la encuesta ESTUDES y el Plan de Acción 2021-2024, enmarcado dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas—, he releído también, evidentemente, su última intervención en esta Comisión en el *Diario de Sesiones*, a fin de recordar, rememorar y refrescar algunas cuestiones que han quedado pendientes. Así que es posible que algunas de las preguntas que hoy le voy a plantear quizás hayan salido también en su última comparecencia en marzo.

En primer lugar, le tengo que decir que a nuestro grupo parlamentario le hubiera gustado que hubiese asistido y participado la ministra. Usted sabe que nosotros hemos solicitado esa comparecencia, y no ha podido ser así. Ella se comprometió en su día para hablar sobre la evolución y el avance del último Plan de Acción. Nos gustaría que, en lo que queda de legislatura, pudiéramos contar con la ministra, aunque en estos momentos sabemos que está en previa campaña electoral. Creo que sería importante que el ministro o la ministra siguiente, antes de finalizar el periodo de sesiones o la legislatura, pudiera participar.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 9

También se hizo referencia en su día a la importancia y al interés que hubiese tenido que el borrador del Plan de Acción, que ustedes le han facilitado a la comunidad científica, a las organizaciones y entidades médicas y que ha tenido el consenso y la participación de otras entidades, lo hubiese tenido este grupo parlamentario. Ya sé que ese Plan de Acción habrá sido escuchado también por las iniciativas debatidas en el seno de esta Comisión y en algunas de las cuestiones planteadas, pero yo creo que si hubiésemos tenido la oportunidad de conocer el borrador podríamos haber hecho aportaciones directas, que estoy convencido de que hubiesen enriquecido el Plan de Acción.

Empezando por la parte normativa, mi primera cuestión tiene que ver con el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2021-2025. Como usted sabe, se elaboró un borrador en diciembre del año pasado, se contrastó con las ONG, con asociaciones médicas y también con miembros de la comunidad científica. Sin embargo, un año después, no ha hecho usted referencia sobre ello y no tenemos constancia de que haya alguna noticia al respecto sobre su puesta en marcha. En este caso, hay cierto desasosiego con la ministra por parte de las asociaciones de prevención de drogas y adicciones, porque no tenemos constancia sobre el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2021-2025. Nos gustaría, si puede, que nos dijera algo. Por otra parte, como contraste, tenemos encima de la mesa, por ejemplo, el Plan Integral del Tabaquismo en la Junta de Andalucía, que este grupo parlamentario considera un modelo de implementación de metodología, de fijación de objetivos y estrategias para reducir el consumo del tabaco en dicha comunidad. Yo creo que podría ser también una buena base en la que debería mirarse el Gobierno y la delegación.

Mi segunda pregunta tiene que ver con el anteproyecto de ley de prevención de efectos negativos del consumo de alcohol en menores. Dicho anteproyecto se abrió a exposición pública en marzo de este año. Quería preguntarle exactamente en qué punto está este proyecto de ley y el motivo de su retraso. Lo digo porque, siendo el alcohol y el tabaco las dos drogas más consumidas, creo que el retraso en la aprobación de ambas iniciativas requiere de una llamada de atención al ministerio.

Respecto a la metodología de las encuestas, quería preguntarle sobre la realización de encuestas acerca de alcohol, drogas y adicciones, también en redes sociales y uso compulsivo de Internet y videojuegos por los menores de entre 12 y 14 años. Llegamos a la conclusión todas las partes —también de usted, en la última intervención que hizo en esta Comisión— de que sería importante incorporar a los menores de estas edades en las próximas encuestas. Quería saber si se está realizando y, si no es así, cuándo tienen previsto incorporar esta franja de edad en las encuestas.

Sobre los recursos técnicos y económicos de la delegación, en su última comparecencia dijo que el presupuesto de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se había visto congelado para el año 2022. Habitualmente, en esta Comisión se ha hablado de la idoneidad de ampliar recursos económicos y técnicos para hacer frente a la lacra que supone la adicción a las drogas. Me gustaría conocer cómo han quedado los presupuestos de cara a este ejercicio 2023 —creo que no ha hecho referencia a ello—, y si se ha visto la delegación finalmente favorecida por la incorporación de los fondos europeos para la prevención y la inversión en I+D+i en materia de adicciones. Recuerdo también que la semana pasada se han subastado lotes decomisados por causas relacionadas con narcotráfico por una cantidad de 8,3 millones. Quería saber si tienen previsto un refuerzo de las iniciativas en materia de adicciones o de la puesta en marcha de campañas con estos fondos y estos ingresos extra que han recibido las arcas públicas la semana pasada.

De cara a la Presidencia Europea de nuestro país en el segundo semestre del año 2023 —yo creo que tampoco llegó a hacer referencia sobre esto—, quisiera que nos adelantara si existe algún compromiso cerrado en materia de adicciones para la Presidencia del Consejo de la Unión Europea o si hay alguna materialización sobre objetivos, sobre las reuniones que se vayan a mantener en pro de este objetivo perteneciente y concerniente a esta Comisión.

Entrando ya en la última parte de mi intervención, en el apartado puramente analítico de las encuestas, le quería preguntar por cuestiones que me han llamado la atención, o que creo que resultan un poco más inquietantes. Por ejemplo, sobre el empeoramiento en la percepción del riesgo de las consecuencias de las drogas por parte de los menores, el 22,5% de los jóvenes de 14 y 18 años afirma encontrarse perfectamente informado en el tema las drogas, pero esto tan solo es el 20%, es decir, uno de cada cinco. Este dato supone un 3,5 menos con respecto al año 2019. ¿A qué cree que puede deberse esta leve caída en la percepción del riesgo por parte de los jóvenes? Además, es el dato más bajo que hay en todas las encuestas que se han desarrollado y que se han recogido sobre este tema hasta ahora, y quisiéramos saber el motivo.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 10

Sobre el cannabis, los datos son bastante preocupantes. En el año 2020, un total de 237 000 personas de 15 a 64 años empezaron a consumir cannabis y 86 000 entre los 15 y 17 años lo han hecho por primera vez, es un dato bastante elevado. En 2021 han empezado a consumir cannabis 155 800 estudiantes —si ampliamos el rango entre los 14 y los 18 años— y a esto hay que sumarle, efectivamente, lo que usted ya dijo y que recogen las encuestas, que los jóvenes tienen una baja percepción en el riesgo asociado al consumo de cannabis. Por lo tanto, hay una tendencia ascendente, tanto en el consumo como en la reducción en la percepción. Desde nuestro grupo parlamentario, mostramos nuestra preocupación y celebramos todas las iniciativas que vayan dirigidas a paliar este problema.

El éxtasis, por primera vez, supera a la cocaína en menores, casi triplica los datos de consumo en tan solo siete años. Esta es otra cuestión que también nos preocupa. Queremos saber si hay alguna explicación o a qué se debe esto.

Sobre el alcohol, ¿cómo podemos modificar el patrón de consumo del alcohol? Hago referencia especialmente a los botellones o a los consumos excesivos de alcohol en un corto periodo de tiempo. Es difícil evitar que se consuma alcohol en los jóvenes, pero sí quisiéramos saber si tenemos alguna posibilidad de contribuir a mejorar desde la acción legislativa e incluso desde nuestra difusión mediática como representantes de la sociedad ese patrón de consumo de alcohol.

En cuanto al tabaco y los cigarrillos electrónicos, en la página web del Plan Nacional sobre Drogas hay un buen apartado, un estudio referente sobre el consumo y la evolución del consumo de los cigarrillos electrónicos, pero le pregunto si podemos o si conviene reforzar esas campañas de sensibilización, porque yo creo que claramente va en aumento y hay una percepción social bastante limitada o baja sobre la gravedad que pueden tener para la salud la utilización de los cigarrillos electrónicos.

Sobre las iniciativas para mejorar la concienciación de las consecuencias del consumo de drogas por parte de los jóvenes, quiero preguntarle qué campañas informativas se han puesto en marcha centradas en las consecuencias derivadas por la vía de las enfermedades causadas por el consumo de estupefacientes, por ejemplo, el cáncer o los problemas de salud mental, de los que ahora hablaré. A nosotros se nos ocurren claramente campañas e iniciativas exitosas que tienen que ver, por ejemplo, con el tabaco, especialmente en las cajetillas, o con el riesgo de accidentalidad al consumir alcohol al volante, con las campañas de la DGT, que creo que son dos claros ejemplos de éxito, pero querría saber si hay alguna otra que usted quiera poner como referencia.

Y aquí entronco con el gravísimo problema que tenemos con los suicidios. Ayer se desvelaron los datos de muertes de causa extrema del año 2021, y en ese desgraciado listado hemos podido comprobar el imparable ascenso, como usted sabe, de las muertes por suicidio, concretamente cuatro mil en el año pasado. El informe tiene en cuenta factores como enfermedades psiquiátricas y la soledad, pero, desde luego, el tercer elemento clave en este gran problema es el consumo de drogas, que es lo que hoy nos concierne aquí. Por lo tanto, nos alegramos de la atención expresada por parte de la delegación y por parte del Plan Nacional sobre Drogas, pero alertamos sobre la necesidad de establecer planes de alerta temprana sobre este tema.

En cuanto a los datos de urgencias hospitalarias, se aprecia una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 27,8 años en 1996, a 36,5 en el año 2020. Es una evolución bastante significativa y muy pronunciada en un periodo de tiempo relativamente corto. Entendemos que vendrá motivado por un patrón nuevo en el consumo de las drogas pero, como experto que usted es en este campo, quisiera saber a qué achaca este incremento en la edad media de los pacientes en las urgencias hospitalarias, si hay alguna explicación, e insisto en que entiendo que será por el nuevo patrón de consumo de las drogas.

Termino mi intervención con un tipo de adicción relativamente nueva, que está afectando de una manera masiva y que, a mi entender, no se está sensibilizando lo suficiente incluso desde el punto de vista familiar, desde el punto de vista de los hogares, que tiene que ver con el uso compulsivo de Internet, con la adicción a las pantallas y singularmente al móvil —desgraciadamente creo que soy una de las personas afectadas por esa adicción a las pantallas de los *smartphones*— y, en definitiva, las personas que padecen un trastorno del juego. Los *smartphones* han traído muchas cosas buenas, como todo el mundo sabe, pero también algunas malas. De hecho, de la encuesta extraemos un dato muy serio, y es que un 1 139 000 personas han reconocido que tienen comportamientos de uso compulsivo de Internet. Estamos hablando de una cantidad muy elevada, más de un 1 100 000, y a medida que se sustituya la generación de nuestros abuelos o la generación que ahora mismo ya tiene una edad muy elevada y se incorporen generaciones nuevas, lo que se entiende como nativos digitales, este dato va a ir en aumento. Por lo tanto, es una

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 11

cuestión a la que hay que prestarle mucha atención. Lo mismo va a suceder también con el trastorno del juego, donde la encuesta dice que hay 630 000 personas que reconocen padecer este tipo de trastorno. Por lo tanto, ¿qué opina usted sobre esta problemática? ¿Cómo podemos contribuir a sensibilizar y reducir el volumen de personas enganchadas a los *smartphones*, que es una cuestión complicada pero que debe estar encima de la mesa, así como la adicción a otros tipos de dispositivos?

Siento haberle formulado multitud de preguntas y haberlo hecho en un corto periodo de tiempo, pero creo que son cuestiones de interés y por lo menos a nuestro grupo parlamentario le interesaría conocer en la medida de lo posible su opinión como experto. Reitero nuestro agradecimiento por las actuaciones y por la trayectoria en materia de lucha contra las adicciones.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

Ahora sí, por el Grupo Vasco, tiene la palabra la señora Ahedo.

La señora **AHEDO CEZA**: Buenos días de nuevo.

Primero, quiero agradecer su intervención y la información que nos ha ofrecido. Quiero poner en valor, además, la importancia de los informes y de las encuestas, porque aunque no dejan de ser datos, nos muestran una fotografía, pero sobre todo nos permiten evaluar tendencias, que creo que es importante en general y en el caso de las adicciones probablemente más.

Cuando en el año 2021 se presentó la encuesta ESTUDES —que es de adolescentes y evidentemente no es comparable al cien por cien—, se nos comentó que en el año 2021, en principio por influencia de la pandemia, había habido un descenso en la prevalencia de consumos excepto en los sedantes, pero en el resto de sustancias había habido un descenso que en principio se suponía que estaba asociado al confinamiento y a la falta de ocio nocturno. Si pasamos a la encuesta de ahora, EDADES 2022, sabiendo que las franjas etarias no son las mismas, evidentemente, usted nos habla de que, por ejemplo, en tabaco y en alcohol realmente esa prevalencia es estable. Entonces mi pregunta sería si la pandemia solo tuvo influencia en un año en concreto y ahora hemos vuelto a parámetros previos a la pandemia o es que el comportamiento en las diferentes franjas etarias, o sea, el comportamiento entre adolescentes y el resto de la población, es diferente en este sentido.

Y le quería preguntar otra cosa. Cuando ha hablado de percepción de riesgo, he entendido que había bajado la percepción de riesgo con respecto al alcohol y al cannabis, pero que era mayor con relación al tabaco. Me gustaría saber si lo han estudiado o cuáles cree usted que son las razones para esas diferentes percepciones y para ese cambio, porque claro, si uno baja y otro sube es que la diferencia en la percepción del riesgo es mucho mayor con respecto a unas sustancias que con respecto a otras.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias.

¿Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común? **(Denegación)**. No quiere intervenir.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Gracias.

En primer lugar, quiero agradecer al doctor Villalbí, como siempre, su presencia aquí. ¿Qué hacer? Yo creo que lo primero que tienen que hacer ustedes, aparte de trabajar —y enhorabuena—, es no hacer nunca más una Comisión sobre el cannabis, y me voy a explicar. Voy a ser monográfico en este aspecto, porque además yo mencioné las conclusiones, señor Villalbí, y me parece mal que no lo oiga de mi viva voz. Porque usted ha publicado un trabajo importantísimo, es coautor, en el que mostraba una clara asociación del consumo de cannabis y la psicosis, trastornos afectivos, ansiedad, trastornos del sueño, fallos cognitivos e incluso alteraciones respiratorias o isquemia coronaria. Además, usted concluía que era un factor de riesgo de colisión con vehículos de motor, comportamientos suicidas. En definitiva, usted era uno de los cientos de autores que describían los efectos de la legalización del uso libre del cannabis.

Sin embargo, la izquierda promarihuana encontró en la subcomisión del cannabis el caballo de Troya, el presunto uso medicinal de la marihuana, y el PSOE se avino a que se celebrase. En subcomisión nosotros nos apoyamos en muchas publicaciones, pero también en muchas de las intervenciones de los comparecientes, y concluíamos —abro comillas y se lo dedico a usted porque no estaba— que habíamos comprobado, y ningún compareciente lo había negado, que la legalización del presunto uso medicinal del

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 12

cannabis o marihuana se transforma o se traslada a un aumento de uso recreativo. ¿Y qué produce el uso recreativo? Pues lo que usted ha mencionado en sus artículos: los trastornos psicóticos agudos fundamentalmente, la esquizofrenia en los adolescentes, el fracaso vital en los adolescentes, reconocido incluso por uno de los defensores de la marihuana en esta subcomisión. Yo decía que todo esto había sido reconocido por el director general del Plan antidrogas, el doctor Villalbí, que luego —y me cito— se ha metido como un caracol en su concha en su intervención, y eso se lo tengo que reprochar personalmente, porque no se compadece con sus estudios científicos. Ahora conocemos el informe ESTUDES, que nos dice que en jóvenes es la droga ilegal más consumida, con un 28,6%. En 2020, 86.000 jóvenes se iniciaron. Es la droga que genera más urgencias hospitalarias, con un 45%. Y un 8% de las esquizofrenias —citan ustedes— podrían estar relacionadas con el consumo de cannabis en los jóvenes. Los problemas psicóticos son más frecuentes cuanto más potente es la droga, como pasa en estos momentos, que es más potente; más precozmente se inicia, como pasa en estos momentos; y más frecuentemente se consume, como usted ha señalado, pues es cierto que en veinticinco años se ha triplicado su uso cotidiano. Un 61% de los jóvenes de catorce a dieciocho años cree que es fácil conseguir cannabis, un 27% que es fácil conseguir cocaína, un 20% que es fácil conseguir alucinógenos y un 19% que es fácil conseguir anfetaminas, y a uno de cada tres le han ofrecido marihuana. Por lo tanto, ahí tenemos un problema; queda demostrado que la marihuana es una droga de abuso y que va a ser muy difícil su blanqueamiento por muchos esfuerzos que hagan los pro-Petro de este Congreso de los Diputados, los podemitas.

Hemos de decir que, a pesar de la retórica que utiliza bien, el señor Vicente Viondi tuvo una actitud más bien socialdemócrata, que contrastaba con el podemismo que ha infiltrado el PSOE, pero no nos hacemos ilusiones y nos atrevemos a predecir lo siguiente, que la siniestra ‘podemia’ volverá a las andadas, y esta vez lo hará con el uso de drogas psicodélicas y los alucinógenos. El procedimiento será el siguiente. En Estados Unidos comienzan a publicarse noticias con un presunto efecto beneficioso de drogas de abuso; ayer fue la marihuana, hoy los alucinógenos. Esto se hace en el *New York Times*, obviamente en el *Washington Post* e incluso en el *Wall Street Journal*. Y médicos que se han quedado en Estados Unidos sin líneas de investigación descubren una oportunidad y reciben apoyo de las empresas de la *big dope*, de la Big Pharma de las drogas, que ya saben ustedes que está en España muy presente. Seguramente, habrán hablado ustedes con ellos. Estos médicos luego fundan sociedades presuntamente científicas, como ha pasado ahora, que se acaba de crear la Sociedad Española de Medicina Psicodélica. Después, se crean asociaciones de consumidores disfrazadas de asociaciones de pacientes y se empiezan estudios cuyos resultados se presentan por la prensa como concluyentes o beneficiosos cuando no lo son. Las noticias se amplifican en los medios y son traducidas con entusiasmo por la prensa europea. Y, cómo no, en España el papanatismo siempre empieza por el noreste, por Cataluña, y ya en *La Vanguardia* se han hecho eco de esto. Esto es así siempre; las noticias empiezan, son traducidas, los lobbies de la *big dope* que usted conoce empiezan a apoyar a todos estos grupos y se traslada la idea falsa de que hay una necesidad médica no atendida.

Hoy hemos conocido —y tengo que criticarlo— que el Consejo General de Colegios Farmacéuticos nada menos va a hacer un curso del uso terapéutico del cannabis, es decir, que han conseguido ustedes un triunfo con los farmacéuticos, y luego se propondrá una subcomisión para el uso medicinal de los psicodélicos alucinógenos, incluido el MDMA. Esa ha sido la estrategia para blanquear el cannabis, una estrategia que nosotros hemos descubierto porque es obvia, y auguramos que la izquierda podemita seguirá en ese camino. ¿Por qué? Porque ya ha anunciado el señor Petro que la cocaína es mucho menos perjudicial que el carbón y el petróleo. El objetivo es legalizar la cocaína para que sea más barata, doctor Villalbí, porque efectivamente el aumento de precio ha disminuido el consumo.

En este terreno —yo no sé si estaré en esta Cámara en el futuro—, nosotros avisamos de qué sucederá si nosotros no lo remediamos, y mientras otro tipo de grupos están distraídos. Pero nosotros no estamos distraídos y nos van a tener en frente con cualquier legalización de uso presuntamente medicinal o presuntamente terapéutico de cualquier droga de abuso, incluida la marihuana, y, por supuesto, con eso que la izquierda está pensando de utilizar los hongos mágicos, porque, eso sí, para blanquear los nombres —termino ya, señor Eritja— son unos maestros; ahora los alucinógenos se llaman hongos mágicos, parecen elfos. Nosotros estaremos en contra e intentaremos —y yo creo que le ayudaremos— que la droga no produzca los efectos devastadores que está produciendo ahora en Estados Unidos, gracias a la tontuna *woke* que se ha instalado allí.

Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 13

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Steegmann.
Por el Grupo Socialista tiene la palabra el señor Vicente Viondi.

El señor **VICENTE VIONDI**: Gracias, presidente.

Buenos días a todos y a todas. En primer lugar, gracias al señor Villalbí por exponernos en su doble comparecencia tanto el informe EDADES 2022 como el informe de alcohol que había solicitado el Partido Popular. Lo primero de todo es ese agradecimiento al trabajo que hace la delegación. En el Grupo Socialista entendemos que tanto esta encuesta como la encuesta ESTUDES son inmensamente valiosas para conocer la realidad de la situación de las adicciones en el comportamiento de los españoles.

Sobre los datos que ha dado, le haré alguna cuestión y le daré alguna percepción que tenemos nosotros también en el grupo, pues nos gustaría contribuir al debate o a la mejora en la forma de actuar frente a las adicciones, pero no me resisto a contestar al señor Steegmann, que me conoce bien ya, después de casi cuatro años en esta Cámara, pues le gusta picar y a veces yo entro al trapo. Señor Steegmann, creo que usted ha hecho una intervención por la que Iker Jiménez le va a contratar como nuevo tertuliano en su programa *Cuarto Milenio*. **(Risas)**. Usted es de tal capacidad inventiva que creo que Iker Jiménez debería recoger sus intervenciones y llevarle al *prime time* de su programa *Cuarto Milenio*. Se lo digo en tono jocoso, pero es una realidad. Yo no voy a hacer un paralelismo con el consumo de drogas y su intervención, porque me parece de muy mal gusto, pero sí le digo, señor Steegmann, que usted es un agorero profesional. Hasta ahora, todas sus profecías que hemos visto durante la pandemia y la pospandemia, y también en el ámbito de las adicciones, han sido erráticas. Eso contribuye a que cada vez que haga usted una intervención le prestemos cada vez menos atención, porque cada vez es más histriónico y menos analista y su parte científica la va dejando en pos de ese discurso catastrofista que demuestra constantemente su grupo parlamentario allá en las instituciones donde esté.

Paso a la encuesta EDADES, que me parece muy interesante, como decía al principio. Hay varios elementos que no están en el informe, pero creo que es necesario remarcarlos. Empiezo por el seguimiento de los datos que ha dado el señor Villalbí, que ha hablado del consumo de alcohol y de cannabis como una situación más o menos estable. A nosotros —lo hemos dicho aquí con motivo de alguna iniciativa—, el tema del atracón y del botellón entre jóvenes nos preocupa. Sabemos que es una cuestión que no se maneja directamente desde la Delegación para el Plan sobre Drogas, sino que influyen mucho también las distintas legislaciones, que no son homogéneas, de las comunidades autónomas. Yo recojo un poco el guante de lo que decía el señor Gago en representación del Grupo Parlamentario Popular. Es verdad que los grupos políticos y los representantes institucionales tenemos también que dar mensajes sobre el alcohol, principalmente sobre su consumo, y las consecuencias que tiene. Por eso me choca esta posición aquí del Partido Popular en el Congreso, que me parece loable y la comparto, con las actitudes que a lo mejor tienen dirigentes institucionales del rango de la presidenta de la Comunidad Madrid, que exhibe definirse ella misma como tabernaria y ha hecho exhibición del consumo de alcohol como un elemento diferenciador del sentimiento madrileño. Yo soy tan madrileño o más que la señora Ayuso y no estoy todos los días haciendo exhibición de tomar cañas o de ir a los bares. Creo que entre todos tenemos que hacer esa labor. También me viene a la cabeza lo de: ¡Viva el vino! Creo que todos cometemos errores, pero si decimos de verdad que la labor institucional tiene que contribuir a la lucha contra las adicciones y contra el consumo de alcohol, deberíamos ser moderados, porque no se puede estar preguntando —y me parece muy acertada la pregunta— al delegado sobre el procedimiento de la ley de alcohol y menores y decir una cosa en un sitio y luego, en tu actitud vital institucional, llevar a cabo otra.

Otro elemento que se ha reseñado es el fentanilo. Nosotros hemos presentado una iniciativa que se tratará en esta Comisión. Su consumo ilegal es un tema que nos preocupa, ya que ha crecido en los últimos tiempos, especialmente entre los jóvenes, y me gustaría que hiciera mención a ello.

También quiero comentar el tema del uso compulsivo de Internet, que, aunque no está especialmente recogido aquí, nos sigue preocupando. Sabemos que no es como las drogas con sustancia, que hay un trabajo previo de décadas por parte de la sociedad científica y de la red asistencial para su tratamiento, pero seguimos creyendo que hay que avanzar en ese campo.

Después ha dado un dato muy importante sobre el juego en Internet, su descenso. Ha habido —si no, me corrige usted, señor Villalbí— un descenso desde el último informe de AES a este. Yo quisiera pensar de forma positiva que los efectos y medidas que ha tomado el Gobierno de España a la hora de limitar la publicidad del uso *online* en las televisiones y en los medios de comunicación ha podido tener su efecto. Quisiera conocer también su valoración.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 14

Hay otros elementos que nos interesan. Usted ha mencionado una droga muy urbana, muy focalizada en las grandes ciudades —el Grupo Parlamentario Socialista también ha traído el tema a esta Comisión—, la metanfetamina y su crecimiento exponencial, no en números alarmantes, como otras drogas, pero sí el crecimiento paulatino que está teniendo y cuyos efectos perversos para la salud, como usted ha dicho acertadamente, conocemos.

Y aunque no esté en el informe EDADES, nos interesa mucho saber cómo ve usted la labor preventiva de las acciones que realizan tanto el Plan Nacional de Drogas como el conjunto de las comunidades autónomas y la segunda fase de trabajo con las adicciones, que es la red asistencial. Nos gustaría saber cómo está en este momento, una vez que ya hemos pasado la pandemia. Estamos en la fase de pospandemia, con las consecuencias que tuvo para la red asistencial, que se mantuvo, a pesar de las graves dificultades, y hay que alabar el trabajo que hizo toda la red asistencial. ¿Cuál es el estado actual de la red asistencial?

Acabo ya, señor presidente, que veo que se enciende la luz roja. Quiero agradecerle el trabajo y este informe, y nos gustaría trasladarle un último mensaje para trasladárselo al Gobierno. Por favor, difundan esta información; la labor que hacen es muy importante y muchos ciudadanos y ciudadanas deberían conocer estas prevalencias, estas consecuencias, para tomar mayor consideración sobre los riesgos de las adicciones que siguen estando vigentes en España. Ya no es el problema de las drogas de los años ochenta ni de los años noventa; ahora hay otro tipo de drogas, con y sin sustancia, en el siglo XXI, a las cuales hay que tratar con el mismo interés. No solo es la percepción social momentánea de alguna circunstancia, sino que es una situación general. Y por último, me parece un enorme acierto haber incluido en el informe EDADES el apartado de la salud mental. Así que quiero animarles en el trabajo, y sobre todo en las acciones que vienen posteriores al informe.

Muchísimas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Viondi.

Tal y como hemos quedado, para concluir ahora el debate tiene la palabra el señor Villalbí Hereter, delegado del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, para intentar dar respuesta a cada una de las intervenciones de los grupos parlamentarios. Muchas gracias.

El señor **DELEGADO DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS** (Villalbí Hereter): Muchas gracias, presidente.

Muchas gracias a todos y a todas por las intervenciones, por expresar sus preocupaciones y poner de manifiesto los temas que les interesan. A nosotros nos interesa saber lo que les interesa a ustedes; el canal con la ciudadanía es un canal privilegiado, ustedes los representan y tienen contacto con ellos cada día y muchos en su circunscripción cada fin de semana.

Algunos temas son comunes, por lo que no daré respuesta uno por uno, sino que intentaré abordarlos conjuntamente. En primer lugar, recojo con mucha satisfacción su agradecimiento por el trabajo del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y lo traslado al equipo que lo hace posible, a la doctora Brime, que lo dirige y está aquí presente. Muchas gracias, Begoña, por el trabajo que desarrolláis cada día. Como ha dicho la representante del Grupo Vasco, el valor de los informes y de esas encuestas es muy grande porque nos permite hablar de la realidad y no discutir sobre creencias y opiniones, y sería mucho más difícil que nos pusiéramos de acuerdo si solo habláramos de creencias y opiniones y no habláramos de datos y de la realidad. El valor de los indicadores de los informes y de las encuestas es este, que nos permiten hablar a partir de la realidad. En nuestra web, modestamente, intentamos ofrecer un canal para proporcionar datos e información a toda la ciudadanía. Sabemos que es utilizado, que la gente, cuando busca en Internet, encuentra con cierta facilidad nuestra web y puede descargarse de allí datos contrastados y fiables.

Quisiera expresar también algunos aspectos que han planteado diferentes grupos, y es que en el mundo en el siglo XXI las drogas son una realidad muy compleja porque están en todas partes. Y no se trata solo de una droga tan destructiva como la heroína, que mucha gente ya sabe que la heroína es muy destructiva —es caca— y tiene la consideración de un gran peligro. La opinión de la población sobre los riesgos asociados a las drogas ilegales, salvo para el cannabis, es que son muy peligrosas. Esto ayuda a que apenas tengamos gente joven introduciéndose en el consumo de la heroína, pero la oferta de drogas se multiplica y hay cada vez más sustancias, algunas de ellas con mucho potencial destructivo —por eso nos preocupan la metanfetamina y el crack— y otras con menos o con menos potencial adictivo. La realidad es que la oferta es muy grande. La introducción de nuevas sustancias en el mercado es continua

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 15

y muchas de estas sustancias ni siquiera están prohibidas porque son nuevas. La Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas todavía no las ha clasificado como drogas fiscalizadas y están ya en el mercado y son moléculas prácticamente iguales que otras que sí están. Esta realidad hace que el objetivo de todas las políticas de drogas en prácticamente todos los países desarrollados ya no sea solo que no se prueben —ya sabemos que mucha gente las va a probar—, sino que no se pase a un consumo más intensivo, que no se pase a un consumo más problemático y que no se desarrolle una adicción. La complejidad nos lleva a ver esta secuencia y a intentar ajustar mensajes apropiados para las personas que están en diferentes etapas. Para los que desarrollan adicción, ofrecer servicios y para los que han hecho un consumo experimental o inicial, intentar que no se convierta en un consumo habitual y en un consumo problemático.

Esta es la realidad que estamos confrontando y que coexiste con dos situaciones. Una de ellas —el doctor Steegmann expresaba su preocupación— es que algunas sustancias con potencial adictivo también tienen potencial terapéutico. La morfina ha sido la base de nuestra analgesia durante muchos años, es un opiáceo. Y las benzodiazepinas quizá se recetan demasiado y se consumen demasiado en España, pero no dejan de ser útiles para muchas personas. Hay cannabinoides que han mostrado un potencial terapéutico y que son utilizados por unos miles de pacientes. La comisión que estuvo trabajando sobre el cannabis medicinal hizo una serie de recomendaciones que, probablemente, se traducirán en más oportunidades de aprovechar el potencial terapéutico de los cannabinoides en algunas indicaciones determinadas para algunas personas determinadas y por los canales que sean apropiados.

Hay otras sustancias —es verdad que casi todas son de la familia de los alucinógenos— cuyo potencial terapéutico, que estaba siendo investigado en los años sesenta, se truncó cuando se incluyeron en el Tratado de 1971. De estas sustancias, la ketamina se está investigando y el LSD se está investigando. Yo preveo que es posible que algunas de estas sustancias encuentren su espacio terapéutico en la psiquiatría del siglo XXI. Es posible. Bueno, si hay potencial, que se investigue y, a partir de la investigación, que se tomen las decisiones que sean oportunas, que seguramente deberían ser a escala internacional. Por eso tenemos la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes vinculada a Naciones Unidas y por eso tenemos la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Comisión de Estupefacientes, que nos reunimos dos veces al año. Al mismo tiempo, quería expresar que en la misma Unión Europea se nos están planteando situaciones nuevas que me preocupan y que no estoy muy seguro de cómo derivarán. Malta ha adoptado una normativa sobre cannabis que, esencialmente, la sitúa fuera del tratado internacional, pero es que Luxemburgo y Alemania tienen documentos muy avezados. Ya no hablamos de una isleta a la que va alguien en barco o en avión, sino de Alemania. ¿Cuántos camiones van cada día de Hamburgo a Valencia? Esto nos plantea retos. Como decía antes, la realidad es muy compleja y las tendencias, que en algunos aspectos son positivos, en otros aspectos nos plantean retos y riesgos nuevos a los que tendremos que ver cómo responder.

Estos son aspectos generales, y ahora paso a responder a los temas uno detrás de otro. El tema del plan del tabaquismo. El plan del tabaquismo, básicamente, se lleva en la Dirección General de Salud Pública. Nosotros hemos visto un borrador, muy elaborado ya, con muy buenos ojos y yo supongo que está en el atasco general de un gobierno que tiene muchas iniciativas simultáneas y que todas tienen que hacer su progreso, porque, claro, esto tiene que pasar por el consejo interterritorial y hay un montón de cosas que están pendientes de pasar por el consejo interterritorial. Lo mismo nos pasa con el proyecto de alcohol y menores. Tenemos un borrador muy avanzado, e incluso una memoria de impacto normativo que está muy elaborada, que se tendrá que actualizar a medida que avance el proceso, pero estamos sometidos a un cierto atasco de iniciativas normativas porque la producción normativa de este Gobierno es extraordinaria. Como en el campo sanitario muchas van ligadas a hitos de los fondos europeos, estas pasan delante y los que no estamos tan vinculados a hitos de los fondos europeos estamos mordiendo el freno y esperando que se despejen algunos para poder ponernos en el carril de salida. Pero, bueno, las cosas van progresando.

El tema de la inclusión de menores a partir de doce años en la encuesta está previsto en la encuesta del año que viene, de 2023; o sea, la encuesta que se ha empezado a licitar ya incluye una muestra. No esperamos resultados espectaculares porque la verdad es que en la franja de doce a catorce años los niños son muy niños y, por tanto, los consumos, probablemente, no serán muy importantes. En el año 2020 hicimos una encuesta a mayores de sesenta y cinco años porque había una proporción de personas de la generación que se inició en las drogas en los años setenta que ya estaba alcanzando esa franja de edad y queríamos ver el impacto. Los resultados fueron tranquilizadores en el sentido de que el consumo de

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 16

sustancias en esa franja de edad es mucho más bajo que en las anteriores y para lo que son drogas ilícitas es muy pequeñito. Tendremos unos datos para los doce y catorce años el año que viene y entonces nos plantearemos si esta encuesta tiene sentido hacerla cada dos años o con hacerla una vez cada diez años para ver grandes tendencias es suficiente, pero estará el año que viene.

Los presupuestos del año que viene. Nosotros tenemos una cierta continuidad. Ya lo expresamos cuando hablamos de presupuestos y tuve la oportunidad también de comparecer en la Comisión de Sanidad para hablar de los nuestros. Básicamente, son unos presupuestos generales del Estado continuistas, aunque con un pequeño incremento de nuestra dotación pensando en la Presidencia europea. Durante dos años, 2021 y 2022, hemos tenido fondos europeos que hemos intentado gestionar para regar de recursos el sector, que pasó muy mal la pandemia, y ahora se están ejecutando estos proyectos. De hecho, los de 2022 todavía están pendientes de fiscalización. Ya saben ustedes que la Intervención General del Estado es muy exigente y, por tanto, los procesos siempre se dilatan, pero esperamos que vaya todo bien. Sí diría, por lo que respecta al Fondo de Bienes Decomisados, que este año, como hemos podido volver a hacer subasta presencial, como antes de la pandemia, esperamos obtener un poquito más de recursos que en los últimos años, y esto va a ser positivo porque vamos a poderlos utilizar. Y también quisiera reconocer, en relación con el plan de salud mental, que tiene una vigencia de tres años, que este año ha habido la oportunidad de financiar diferentes actividades. No está en nuestro presupuesto, pero sí en el del ministerio. Nosotros pudimos defender una línea de prevención de adicciones y ha habido una serie de propuestas de las comunidades autónomas dirigidas a este campo. Esperamos que esto se reitere en los años 2023 y 2024, con lo cual tendremos también más recursos —esperamos— por esta vía.

Para la Presidencia europea, en el ámbito del Ministerio de Sanidad, una de las prioridades tiene que ver con drogas y adicciones y nosotros, básicamente, estamos en línea con tres aspectos. En primer lugar, los vinculados a control de la oferta, donde el mayor protagonismo corresponde al CITCO, el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado, con el que colaboramos mucho. En segundo lugar, los de control de la demanda, donde nuestro tema estrella es un poquito la patología dual, o sea, el hilo entre salud mental y adicciones, la comorbilidad psiquiátrica y las adicciones, un tema de creciente preocupación y que plantea nuevos retos a la red de atención a las adicciones, en nuestro caso, pero en toda Europa, porque en muchos países están muy separados los dos dispositivos y, en cambio, las personas tienen los problemas a la vez. Las personas no se pueden separar tan fácilmente. Y en tercer lugar, otra prioridad que intenta implicar el control de la oferta y el control de la demanda, que tiene que ver un poquito con la cooperación internacional, sobre todo referida a Latinoamérica y el Caribe, y proyectar allí los valores de la política del Plan sobre Drogas de la Unión Europea, que se parecen mucho a los nuestros, para que encuentren un mayor espacio de proyección internacional.

El tema de los suicidios es complejo. Se ha convertido en la primera causa externa de mortalidad, básicamente porque en nuestro país conseguimos disminuir muchísimo la mortalidad por lesiones de tráfico y conseguimos disminuir muchísimo la mortalidad por sobredosis. El suicidio era más alto. Aunque ahora haya subido, había sido más alto en el pasado, pero el suicidio disminuyó porque pueden haber contribuido, por ejemplo, la mayor disponibilidad de servicios de salud mental o la mayor disponibilidad de fármacos antidepresivos. Es cierto que en los últimos años ha habido un nuevo repunte, pero en estos momentos —no es mi ámbito principal de trabajo ni de conocimiento— mi percepción es que hay una mayor percepción social, está en la lista de prioridades de todos los servicios autonómicos de salud y, por supuesto, del ministerio y hay un esfuerzo relativamente concertado para darle una respuesta siendo, como es, algo muy complejo.

Respecto a las adicciones sin sustancia, que han planteado tanto el señor Viondi como usted, yo quisiera que todos reconociéramos, por un lado, que la única que tenemos muy clara es la adicción al juego problemático. Por ejemplo, de la adicción a pantallas y móviles se habla, pero esto, en términos clínicos, no está reconocido como una adicción. Yo dedico mucho tiempo también al móvil, como usted, pero buena parte de este tiempo está obligado por mi trabajo; o sea, la pantalla es mi herramienta de trabajo. Entonces, distinguir la frontera entre la normalidad y la patología en algunas de estas conductas es un poco difícil. Lo que les puedo decir es que la semana pasada en Lisboa el responsable de adicciones de la Organización Mundial de la Salud expresó que lo habían convertido en su prioridad para el actual periodo, que van a trabajar mucho para deslindar más las conductas que puedan tener derivaciones de adicción, que a veces son más compulsivas y otras veces se confunden con otros factores, y que de esto —de lo que sabemos todavía relativamente poco, pero sabemos más que hace cinco años— vamos

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 17

a esperar más noticias. Nosotros estamos atentos, ya que hemos incorporado baterías de preguntas a nuestras encuestas y hemos incorporado el inicio del tratamiento por adicciones comportamentales al sistema de información sobre drogas y adicciones español. Las comunidades autónomas nos ha notificado este año los inicios de tratamiento del año 2021 —miro a Begoña, porque me parece que son de 2021— y nos están notificando los de 2022. Por tanto, el año que viene esperamos tenerlos. Los datos del año que viene seguramente no serán buenos, porque es el primer año que se hace, y en alguna comunidad autónoma los datos serán incompletos, pero lo que estoy intentando expresar es que vamos camino de tener datos más fiables no solo a través de las encuestas, sino también de las personas que inician un tratamiento. Tenemos ya algunas intuiciones del espacio que ocupan, porque el hecho de que haya algunas comunidades que han declarado muy precozmente, porque ya lo tenían más o menos recogido, nos permite ver su dimensión real en comparación con las adicciones a sustancias y, por tanto, tendremos más capacidad para pensar y reflexionar sobre ello.

Se ha hecho una referencia a la encuesta hecha durante la pandemia. No he introducido esta encuesta de EDADES en la presentación porque lo que pasó durante la pandemia es que tuvimos que acabar precipitadamente la encuesta EDADES del año 2020 porque el confinamiento hacía imposible ir a un domicilio a hacer encuestas. Después hicimos una encuesta telefónica a una muestra de población cuyos datos, al ser telefónica y no presencial, no son comparables y, por tanto, no está incluida en la serie, pero nos permitió documentar, efectivamente, que en la fase inicial de la pandemia el mercado de todas las drogas ilegales se rompió inicialmente, aunque luego los traficantes encontraron la manera de recomponerlo con un mayor uso de Internet, de la entrega a domicilio, etcétera. Y para las drogas legales el mercado también se rompió inicialmente y tardó más en restablecerse, sobre todo, porque el cierre de la hostelería, prácticamente prolongado, y la falta de espacios de ocio nocturno durante un tiempo comportó una disminución muy importante del consumo en personas sin adicción, ya que las personas con adicción buscaban y encontraban alternativas en el comercio. Por tanto, durante el confinamiento sí que pudimos ver una disminución muy importante del consumo de alcohol y de tabaco por los más jovencitos. Los jovencitos consumieron menos drogas ilegales y no tenían establecidos patrones adictivos por la falta de espacios de encuentro y socialización, que suelen ser los espacios de inicio. Esto fue muy pandémico y muy puntual y lo seguimos viendo con el coronavirus; voy por la cuarta dosis y dos infecciones y el coronavirus sigue circulando por ahí, aunque lo tenemos un poquito más domesticado, pero nuestros hábitos vitales como sociedad se han parecido bastante a los que eran antes de la pandemia, no hay cambios estructurales.

En cuanto a la percepción del riesgo, sí que quisiera decir que, respecto a las drogas en general, es estable; respecto al alcohol es estable y baja; respecto al cannabis baja un poquito y respecto al tabaco sube un poquito. Esta es la foto de la percepción del riesgo y es relativamente estable en la población en general.

Respecto a la red asistencial, efectivamente, toda la red asistencial del país —atención primaria la primera— sufrió un golpe muy fuerte durante la pandemia y se está todavía restableciendo. La red asistencial de las adicciones sufrió un golpe fuerte, pero, en general, mantuvo abiertos los dispositivos de reducción de daños —allá donde existen— y los dispositivos de detección ambulatoria de las adicciones, pero con disminución de aforos y con menos capacidad asistencial. En general, los profesionales, con muy buen criterio, en los servicios priorizaron las situaciones de mayor riesgo —los tratamientos sustitutivos de opioides se mantuvieron, aunque fue más espaciada la entrega de tratamiento—, en cambio, para algunas sustancias percibidas como de menor riesgo, los tiempos de espera se alargaron un poquito. Esto ha vuelto, a nuestro entender, a la normalidad.

Quisiera decir que se ha puesto muy de manifiesto esta realidad de que en nuestro país tenemos una red para las adicciones que ha intentado que no se quedaran sin atender todas las personas más vulnerables y con problemas de adicciones, vacunándolas y atendiendo sus patologías psiquiátricas. En realidad nosotros tenemos una red de salud mental y una red de adicciones que solo excepcionalmente están muy integradas —en el País Vasco lo están—, pero en general son redes separadas y la gente va a una o a otra. El 60% de la gente que está en la red de adicciones tiene otros problemas psiquiátricos que a veces atiende la red de adicciones y otras no. Muchas personas que están en la red de salud mental tienen también un problema de adicción y muchas veces la red de salud mental las atiende y otras veces no. En algunas comunidades autónomas —no voy a detallarlas, porque tampoco tenemos un conocimiento tan detallado de lo que realizan según su criterio y con mucha autonomía— las dos redes se aproximan, la historia clínica es compartida y todos tienen acceso a la receta del sistema autonómico de salud, pero en otras comunidades autónomas no es así, ya que la separación es muy marcada, las personas han de

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 163

20 de diciembre de 2022

Pág. 18

ir a un sitio para unas cosas y a otro para otras y los pacientes muy vulnerables se pierden en esto. Por tanto, lo que nos interpela es la necesidad de aproximar estos dispositivos —que pueden seguir siendo dispositivos distintos o pueden integrarse, cada uno verá cómo puede organizarlo, porque nada es fácil— y de que haya una mayor coordinación funcional, si no organizativa, entre los dos dispositivos.

Y con algunos retos nuevos como la metanfetamina todavía más, porque hay personas que desarrollan problemas con la metanfetamina, aunque son muy pocas. Nosotros estamos viendo indicios de presencia de metanfetamina en entornos de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y practican *chemsex*; es una minoría dentro del universo *gay*, una minoría. Esto se traduce en personas que desarrollan adicciones a la metanfetamina, que es muy adictiva, en personas que tienen un brote psicótico como respuesta inmediata al uso de metanfetaminas y acaban en urgencias en pleno delirio y en personas que a lo mejor se habían hecho un tratamiento de VIH o de la hepatitis C hasta eliminar el virus de la hepatitis o hasta hacer indetectable el virus de la inmunodeficiencia humana durante meses, pero que en el curso de estas sesiones se olvidan de tratamiento, se olvidan de todo y vuelven a infectarse. Esto es muy complicado, porque estas personas entran en dispositivos que son cajitas estancas o en servicios de infecciones —en Madrid está el Centro Sandoval, que es muy famoso, pero también están los servicios de psiquiatría de urgencias y los servicios de adicciones— y no reconocen tener un problema de adicción. Por tanto, hay que coordinar mucho más todo esto. Algunas comunidades se esfuerzan en hacerlo y están intentando establecer circuitos, rutas y caminos, pero todos hemos de reconocer, y el movimiento *gay* también, que en las prácticas de *chemsex*, que son muy minoritarias, hay algunas sustancias que plantean riesgos muy importantes.

Estamos viendo también un poquito de metanfetamina en otros entornos muy marginales. Incluso hemos visto en el mayor centro de reducción del daño que hay en España, que está en la ciudad de Barcelona, personas que están combinando metanfetamina y heroína, una para subir y otra para bajar. Esto nos da mucho miedo —esto lleva años pasando en Estados Unidos y se traduce en mucho más riesgo de sobredosis y en una problemática grave, que aquí es muy minoritaria— porque hay bandas de narcotraficantes intentando introducir metanfetamina a gran escala —el CITCO desarticuló un clan mexicano que introducía metanfetamina en Europa a través de España a gran escala—, porque la metanfetamina se puede producir en una cocina a partir de medicamentos que se pueden trapichear y convertir en metanfetamina —esto pasaba antes sobre todo en Holanda, pero ahora está pasando también en España, donde se han desarticulado pequeños laboratorios, casi caseros— y también porque en Afganistán se está produciendo metanfetamina muy barata y muy pura. A Afganistán nos envía desde hace décadas heroína y añadir otros paquetes al camello sería relativamente fácil. O sea, que la metanfetamina, aunque sea muy minoritaria, nos preocupa y nos ocupa.

Una de las cosas que hemos hecho en los últimos meses es compilar información sobre el tratamiento de metanfetamina, porque nuestros terapeutas no lo tienen. Ya han visto en la gráfica de inicio del tratamiento que para la metanfetamina prácticamente no hay personas —cincuenta personas al año han iniciado el tratamiento por adicción a la metanfetamina en España y esto es irrisorio—, pero están los que están desarrollando el problema ahora y pueden venir dentro de dos o tres años a buscar tratamiento. Esto es lo que nos preocupa, lo que no conocemos suficientemente —tenemos impresiones impresionistas, manchas de color que intentamos interpretar— y lo que nos ocupa. Vamos a seguir trabajando en esta línea. Hemos tomado contacto con la gente que está trabajando en esto en República Checa, porque en Europa el mayor consumo de metanfetamina por décadas se dio en la República Checa, en Eslovaquia y en Alemania, básicamente porque había un medicamento que usaba metanfetamina, y porque en el pasado se utilizó y desarrolló un uso abusivo en estos países que se mantiene a lo largo del tiempo. Por tanto, sus terapeutas tienen mucha más experiencia que los nuestros en afrontar este problema, que tiene resultados de tratamiento modestos, como muchas adicciones, pero modestos.

He intentado contestar prácticamente a todo, pero a lo mejor me he dejado alguna cosa.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Villalbí, por toda la información que nos ha procurado y por atender a cada una de las intervenciones de los portavoces.

Nos hemos ajustado mucho al horario. Les he dicho antes que a las 11:30 teníamos que haber terminado para que en el Senado pudiese empezar a las 12:00 el Pleno y así ha sido.

Al no haber más asuntos que tratar, levantamos la sesión.

Muchas gracias.

Eran las once y quince minutos de la mañana.