



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 2026

XV LEGISLATURA

Núm. 138

Pág. 1

PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE LAS ADICCIONES

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. PABLO HISPÁN IGLESIAS DE USSEL

Sesión núm. 15

celebrada el martes 10 de febrero de 2026
en el Palacio del Congreso de los Diputados

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

— Sobre bebidas energéticas. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/001815 y número de expediente del Senado 663/000132)	2
— Relativa a la reinserción social de personas que han superado una adicción a las drogas. Presentada por el Grupo Parlamentario VOX. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002306 y número de expediente del Senado 663/000169)	5
— Por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas de prevención y tratamiento de la ludopatía online. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Senado. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002310 y número de expediente del Senado 661/001315)	9
— Relativa al desarrollo de la prevención y el tratamiento de los trastornos del espectro alcohólico fetal. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002619 y número de expediente del Senado 663/000185)	13
— Relativa a la mejora del sistema de autoprohibición como medida preventiva ante la adicción al juego. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002620 y número de expediente del Senado 663/000186)	17

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 2

— Por la que se insta al Gobierno a elaborar un catálogo avanzado de servicios en el ámbito de las adicciones en España. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002801 y número de expediente del Senado 663/000203)	20
— Relativa al abordaje integral de las adicciones y de la salud mental en el ámbito penitenciario. Presentada por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002906 y número de expediente del Senado 663/000209)	24
Proposiciones no de ley. (Votación)	27

Se abre la sesión a las once y un minuto de la mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Se abre la sesión.

Quiero comenzar esta sesión de la comisión felicitando a nuestro letrado no solo por su reincorporación, sino por su feliz doble paternidad. Ya tiene familia numerosa (**risas**) y está muy concienciado con los trabajos de esta comisión porque conoce el mundo al que se van a enfrentar sus tres hijos.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— SOBRE BEBIDAS ENERGÉTICAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/001815 y número de expediente del Senado 663/000132).
--

El señor **PRESIDENTE**: Dicho esto, pasamos a sustanciar el orden del día de la sesión, que incluye el debate y votación de proposiciones no de ley. Se recuerda a sus señorías que los tiempos de intervención serán de cinco minutos para la presentación de las iniciativas, tres minutos para la defensa de las enmiendas, en orden de presentación de estas, y tres minutos para la fijación de posición, en orden de menor a mayor.

Pasamos a la primera proposición no de ley, sobre las bebidas energéticas, cuyo autor es el Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la iniciativa, por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra la señora Rives.

La señora **RIVES ARCAYNA**: Gracias, señor presidente.

Permítanme que comience mi intervención con un ejemplo que hace escasamente unos días tuve la ocasión de presenciar. En una cadena de supermercados que ahora dispone de un espacio para poder degustar platos precocinados y bebidas, cada vez es más frecuente ver grupos de preadolescentes —alumnos del 1.^º o 2.^º de la ESO— haciendo uso de estos espacios. En concreto, el pasado viernes había un grupo de diez jóvenes merendando, tenían pizzas y otra serie de snacks, y en ese grupo de diez chavales y chavalas pude contar cinco bebidas energéticas de varios sabores diferentes y con envases a cuál más llamativo, una bebida isotónica, tres refrescos de cola y tan solo un botellín de agua. Eran las ocho de la tarde y cinco de aquellos jóvenes estaban consumiendo bebidas con una aportación de cafeína similar a dos cafés expresos. Lamentablemente, este hecho no es algo puntual. Seguro que ustedes acuden a este tipo de supermercados. Les pido que cuando vean grupos de jóvenes cenando se fijen y piensen si ustedes pondrían a sus hijos de 12 años dos cafés tres o cuatro horas antes de intentar mandarlos a la cama.

La preocupación por los efectos adversos de las bebidas conocidas como energéticas viene de lejos. Ya en el año 2014 se introdujo un módulo sobre bebidas energéticas en la encuesta ESTUDES, datos que permitieron comenzar a analizar los hábitos de consumo de estas bebidas, haciendo especial hincapié en su consumo mezclado con alcohol. En estos años hemos sido testigos de un aumento alarmante en el consumo de estos productos, principalmente entre jóvenes y adolescentes. En la serie histórica, desde 2014, cuando un 40,4 % de nuestros jóvenes entre 14 y 18 años reconocían haber consumido estas bebidas en los últimos treinta días, los datos han estado siempre por encima del 40 %, llegando a un máximo del 47,7 % en 2023. Por primera vez, en 2025 los datos presentan una leve mejoría, un 38,4 %, que sigue siendo muy elevado si lo comparamos con el consumo de estas bebidas en otras franjas de

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 3

edad. El comportamiento ha sido similar si analizamos el consumo de las bebidas energéticas mezcladas con alcohol. Comenzamos con un 14,3 % en 2014, alcanzando el máximo del 19,5 % en 2023 y nuevamente encontramos una leve mejoría en 2025, con un 15,2%. Además, de forma general, estos datos muestran una mayor incidencia entre los chicos que entre las chicas.

En paralelo, cada vez son más los estudios e informes científicos que señalan los posibles efectos adversos que el consumo mantenido de estos productos puede tener en la salud de nuestros jóvenes y adolescentes. Muchos de los ingredientes de la amplia y diversa oferta de bebidas energéticas pueden contribuir a la aparición de problemas cardiovasculares, hematológicos, neurológicos, psicocomportamentales, hipertensión, pérdida de masa ósea, alteración del sistema nervioso central u obesidad, y efectos secundarios como palpitaciones, insomnio o náuseas. Lamentablemente, tampoco es difícil encontrar noticias sobre jóvenes que acaban en el hospital tras el consumo de estas bebidas, casi siempre mezcladas con otras sustancias con las que se potencian mutuamente sus efectos, aunque también es cierto que en algunos casos disfrazan la percepción de los efectos. Por ejemplo, la ingesta de cafeína disminuye la percepción de una borrachera por ingesta de alcohol, con el riesgo que esto conlleva.

En febrero de 2025, en la Comisión de Derechos Sociales y Consumo, el Grupo Parlamentario Socialista presentó una iniciativa, que fue aprobada con las aportaciones del Grupo Popular, con el objeto de regular las bebidas energéticas, en línea con lo que se ha hecho en otros países de nuestro entorno, promoviendo así la homogeneización entre las legislaciones autonómicas que ya han sido aprobadas en algunas comunidades como Galicia o Asturias. No obstante, y en la línea de lo que hasta ahora se ha desarrollado tanto desde el Ministerio de Consumo como desde el Ministerio de Sanidad, consideramos interesante reforzar las actuaciones llevadas a cabo a través de campañas educativas, divulgativas y de sensibilización sobre el consumo responsable de estas bebidas, con el objetivo de aumentar el conocimiento, tanto entre padres como entre nuestros jóvenes, de los posibles efectos adversos, sobre todo combinadas con alcohol u otros productos. Cualquier actuación necesaria debe ser evaluada y, posiblemente, la ligera mejora de los datos en 2025 sea en parte consecuencia tanto de las medidas puestas en marcha como las recomendaciones de consumo de bebidas energéticas publicadas por el Ministerio de Consumo o las notas monográficas publicadas por el Ministerio de Sanidad. Y, por supuesto, el seguimiento y el análisis de los datos son vitales. Deben consolidarse y ampliarse su estudio por franjas de edad y sectores poblacionales con distintos determinantes sociales. En una sociedad cada vez más mediatisada, tanto por la publicidad tradicional como a través de redes sociales, hay que actuar muy coherentemente para desvincular el uso de estas bebidas con el alcohol u otras sustancias. En esos términos y con la misma voluntad de acuerdo alcanzada en la Comisión de Consumo, traemos a esta comisión esta proposición no de ley.

Gracias, señor presidente. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Rives, por su intervención.

A continuación, en defensa de la enmienda presentada, por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra la señora San Martín.

La señora **SAN MARTÍN IBARRA**: Perdón, presidente. ¿Me podría recordar el tiempo?

El señor **PRESIDENTE**: Tres minutos.

La señora **SAN MARTÍN IBARRA**: Es el único turno, ¿verdad? Era solamente por comprobarlo. Gracias.

Como bien sabemos todos, una bebida energética no es, como muchos piensan, un simple refresco de factura moderna, sino una mezcla de altas dosis de cafeína y azúcar, y también contiene taurina, vitaminas y otros estimulantes. Esta mezcla está diseñada para proporcionar energía instantánea y aumentar la resistencia física y mental, pero detrás de esa promesa atractiva se esconden riesgos serios para la salud, especialmente cuando quien las consume es un menor. La cafeína y la taurina, principales componentes de estas bebidas, actúan sobre el sistema nervioso central, fundamentalmente sobre el sueño, la concentración y el aprendizaje, y numerosos estudios y expertos advierten que su consumo frecuente puede derivar en problemas de irritabilidad, ansiedad y trastornos del comportamiento, así como que existen otros riesgos físicos, ya que la cafeína eleva la presión arterial y la frecuencia cardíaca. Incluso se han dado debates de patologías cardiovasculares tras el consumo de estas bebidas. La taurina también afecta al flujo sanguíneo renal, provocando también problemas renales y digestivos, al margen de lo que contribuyen estas bebidas a la obesidad. La cafeína es *per se* una sustancia adictiva. Estos

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 4

productos alteran el circuito de recompensa natural porque son propicios para generar una adicción, y más siendo los niños y adolescentes más susceptibles por la inmadurez de algunas de sus estructuras cerebrales. Y si nos llama la atención ver a un niño de 10 años consumiendo una taza de café solo, es bastante habitual, incluso permisible, verle con una lata de estas bebidas. Su retirada repentina genera síntomas de abstinencia, como fatiga, irritabilidad, cambios de humor, por lo que el componente adictivo no debe desdenarse. Su consumo, como bien se ha dicho, sigue aumentando y muchas veces asociado al de alcohol. En otras palabras, hablamos de un producto que altera el desarrollo, la salud y el bienestar emocional de nuestros jóvenes. Y lo más alarmante, como se ha dicho, es que su consumo no deja de aumentar.

A nuestro juicio, no es una opción proteger la salud de los menores que están expuestos a estos riesgos, sino una obligación moral y política. Los Gobiernos autonómicos están trabajando y van dando pasos desde las diversas consejerías en educar en hábitos saludables, incluso algunas comunidades autónomas han dado el paso hacia la prohibición del consumo y la venta a menores de estas bebidas energéticas —es el caso de Galicia o Asturias—, mientras que otras, como La Rioja, tienen previsto abordarlo próximamente. Porque si bien es cierto que esta regulación es competencia de las autonomías, no es menos cierto que seguimos a la espera de que el Congreso de los Diputados apruebe el Proyecto de ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos en personas menores de edad. Ya que tan ligado está a su consumo, no viene mal recordar que su tramitación ha sufrido veintiuna prórrogas desde la fecha de presentación en el registro. Esperamos que se pueda debatir cuanto antes. Entre tanto, acogemos con interés esta proposición no de ley, pero a nuestro juicio se queda algo escasa en su intención. Por ello, para mejorarla con una acción más decidida, hemos presentado esta enmienda, en la que añadimos dos puntos: uno, para promover dentro de los planes educativos la información suficiente y adecuada sobre los riesgos del consumo excesivo de bebidas energéticas de acuerdo con los diferentes niveles académicos y, dos, para realizar un análisis de la legislación actual, ya que las energéticas están enmarcadas dentro de las bebidas refrescantes y entendemos que debe haber una propuesta de introducción de una categoría diferenciada para estas bebidas energéticas que tantos problemas de salud están dando, sobre todo en los menores. Además, entendemos que la PNL incide en los programas de educación, pero solo habla de considerar. Nosotros vamos un paso más allá y pretendemos analizar claramente el estado actual de la promoción comercial y la publicidad, e incluir nuevas líneas de análisis de los datos de consumo, es decir, no solamente revisarlos, sino incluirlos con el objeto de conocer tanto la cantidad como la frecuencia del consumo de este tipo de bebidas. En definitiva, que, de esta forma, esta proposición no de ley dé un paso más decidido en esta prevención que todos compartimos.

A la espera de que sea bien acogida, muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora San Martín.

No veo que esté ahora mismo la señora Ahedo, del Grupo Parlamentario Vasco.

Por lo tanto, le daré la palabra al señor Cofiño, por el Grupo Plurinacional SUMAR e Izquierda Confederal.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Buenos días.

Señorías, esta iniciativa se enmarca en una línea de trabajo que persigue trasladar al Pleno institucional una preocupación que ya hay en la sociedad y sobre la que hay un consenso científico. El Reglamento 1169/2011 de la Unión Europea sobre etiquetado e información alimentaria estipulaba que estos productos debían alertar de su alto contenido en cafeína, no recomendándolos para niños ni mujeres embarazadas. Inicialmente este esfuerzo regulatorio se centraba en poblaciones vulnerables, como infancia y mujeres embarazadas, pero actualmente hemos transitado a una protección mayor pensando que no solamente es que haya personas vulnerables a estas bebidas, sino que estas bebidas son, por naturaleza, potencialmente peligrosas y, por lo tanto, es a las autoridades a las que les corresponde gestionar con prudencia esta situación.

El propio nombre de bebidas energéticas es complejo; realmente no son bebidas energéticas, sino que son bebidas estimulantes que no aportan energía ni revitalizan el organismo, y esto es relevante para ser precisos en cuanto a la definición de esto en lo que estamos trabajando. Ya hay intentos importantes de instituciones y administraciones en el ámbito europeo en cuanto a la regulación; hay países como Noruega, Reino Unido, Polonia, Lituania, Finlandia o Suecia que ya tienen elementos de protección y de restricción en poblaciones menores de edad, y se han mencionado diferentes comunidades autónomas

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 5

que ya están con un proceso regulatorio. Por ejemplo, en mi comunidad autónoma, Asturias, el Gobierno aprobó en octubre del año 2025 una ley que actualmente está en tramitación en la Junta General del Principado de Asturias con algunas medidas como la limitación de venta, suministro y consumo a menores de 16 años.

Es importante abundar en lo que señala la proposición no de ley que hoy se presenta, que se han mencionado diferentes estudios sobre la importancia de cómo elaborar estrategias de educación y sensibilización diferenciando los aspectos de protección y de prevención, con un elemento clave, que también se ha mencionado en algunas intervenciones: el riesgo del consumo de bebidas energéticas con alcohol, lo que puede suponer una puerta de entrada al consumo de alcohol de forma temprana. Y se ha insistido también en un tema que nos gustaría destacar, que es la importancia de una ley mayor, que tenemos ahora mismo en tramitación y que es prioritaria, sobre la prevención y el acceso de menores al alcohol. Es una propuesta legislativa que tenemos en tramitación también.

Aprobaremos la proposición no de ley en los términos en los que se ha presentado.

Muchas gracias.

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

Por parte del Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Alcaraz.

El señor **ALCARAZ MARTOS**: Muchísimas gracias, presidente.

De nuevo, el Partido Socialista, este partido que está en un Gobierno que banaliza el consumo y pide la legalización de la marihuana, este partido que permite hormonarse a los menores sin dar a conocer todos sus efectos secundarios, este partido que permite y apoya utilizar el aborto como método anticonceptivo sin informar de sus efectos secundarios, pretende hacernos creer que quieren proteger a los menores de las bebidas energéticas. Señorías, su gestión en adicciones es una auténtica farsa. Es una burla, porque tienen diecisiete regulaciones sobre el consumo de bebidas y ahora se dan cuenta de que no tienen una regulación centralizada, como en todas sus políticas. Por supuesto, es necesario legislar, pero lo que no pueden hacer es venir aquí para hacer perder el tiempo y el dinero de todos los españoles con una iniciativa que ya presentaron en octubre de 2024, una PNL del Partido Socialista similar. Esto indica que, tal y como he denunciado en muchísimas ocasiones, las PNL que se aprueban en este Congreso caen en saco roto, son papel mojado. Ustedes no hacen nada que no sea mediante un real decreto o por un chantaje de sus socios, separatistas, proetarras, etcétera. Por tanto, si tan importante es para proteger a los jóvenes realizar unos cambios legislativos para informar sobre el consumo de bebidas energéticas, háganlo, pero no vengan aquí a hacernos perder el tiempo y el dinero de los españoles.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Alcaraz.

Por último, a efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada a la proposición no de ley, tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Rives.

La señora **RIVES ARCAYNA**: Gracias, señor presidente.

Estamos trabajando en una transaccional.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Rives.

— RELATIVA A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE PERSONAS QUE HAN SUPERADO UNA ADICCIÓN A LAS DROGAS. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002306 y número de expediente del Senado 663/000169).

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al segundo punto del orden del día, la proposición no de ley relativa a la reinserción social de personas que han superado una adicción a las drogas. El autor es el Grupo Parlamentario VOX.

Para la defensa de la iniciativa, por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra, por el grupo parlamentario proponente, el señor Fernández Ríos.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias.

El consumo de sustancias psicoactivas ha constituido y sigue constituyendo hoy en día una de las problemáticas de salud pública más importantes en nuestro país. A pesar de las fluctuaciones que dicho

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 6

consumo ha experimentado en los últimos treinta años, marcadas predominantemente por cambios en las sustancias usadas, en los patrones o en la percepción social del riesgo, la realidad es que, según la propia encuesta EDADES del año 2024, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas ha experimentado un crecimiento notorio y sus consecuencias no solo sanitarias, sino también y muy especialmente sociales y económicas, siguen siendo a día de hoy profundas y persistentes. Esta realidad exige una respuesta por parte de las Administraciones públicas que debe ir más allá de lo que supone la atención puntual a esta adicción y que se articule con una política integral de prevención, tratamiento y reinserción.

En este contexto, resulta imprescindible subrayar la importancia de las políticas públicas orientadas no solo al tratamiento en sí de las personas con drogodependencia, sino también a garantizar su plena reinserción social y laboral. Superar una adicción es, sin duda, un logro muy importante, pero no puede entenderse como el punto final del proceso de recuperación. Por el contrario, debe considerarse el inicio de una nueva etapa en la que la persona necesita apoyo, acompañamiento y oportunidades reales para reconstruir su proyecto de vida y reincorporarse plenamente a la sociedad. La experiencia demuestra que la falta de políticas de integración adecuadas limita considerablemente las posibilidades de éxito a largo plazo. Muchas personas que han logrado abandonar el consumo se enfrentan posteriormente a graves dificultades para redefinir su identidad social y recuperar su autoestima. No debemos olvidar que el estigma asociado a la drogodependencia, unido a los errores cometidos durante la etapa adictiva, como son la ruptura de vínculos familiares, la pérdida del empleo o, en algunos casos, los antecedentes penales, genera barreras que dificultan la normalización de la vida cotidiana. Y estas circunstancias pueden derivar en sentimientos de exclusión, de frustración y desvalorización personal que terminan incrementando el riesgo de una posible recaída. Por ello, el acompañamiento psicológico y emocional resulta un elemento esencial dentro de cualquier estrategia de reinserción. No basta con atender los aspectos clínicos de la dependencia, es necesario ofrecer espacios terapéuticos que permitan trabajar la gestión emocional, la reconstrucción de la autoestima y el desarrollo de habilidades personales y sociales. La ausencia, insisto, de un entorno de apoyo sólido, tanto institucional como comunitario, puede conducir a situaciones de vulnerabilidad que favorezcan la reincidencia en el consumo, frustrando los esfuerzos realizados durante el proceso de tratamiento.

La reinserción efectiva de las personas con drogodependencia requiere, por tanto, este enfoque completo e integral, enfoque que debe contemplar no solo el abandono de la sustancia, sino también una transformación profunda de la actitud y del posicionamiento de la persona frente a su propia vida, sus responsabilidades y su relación con el entorno. La recuperación implica un proceso de cambio personal que necesita ser acompañado con recursos adecuados, estables y coordinados. En ese sentido, desde nuestro grupo, desde VOX, presentamos esta proposición porque consideramos que es responsabilidad de los poderes públicos poner a disposición de estas personas los medios necesarios para su autorrealización y su integración plena en la sociedad. Entre las medidas prioritarias que solicitamos, destaca el refuerzo del personal sanitario especializado, sobre todo en el ámbito de salud mental —no solamente física, sino también en salud mental—. También resulta fundamental ampliar y fortalecer los programas de capacitación laboral y educativa dirigidos a personas en proceso de reinserción. En este caso, la formación profesional, la actualización de competencias y el acompañamiento en la búsqueda de empleo seguramente reforzarán esa autoestima de la que estamos hablando. Y, por último, la atención sanitaria especializada no debe interrumpirse una vez que la persona sea incorporada a la vida social y laboral, ya que el seguimiento continuado, incluso después de la fase más intensiva del tratamiento, es la clave para consolidar los logros alcanzados y detectar de forma temprana posibles situaciones de riesgo.

Por todos estos motivos, solicitamos el voto a favor de esta comisión, ya que el consumo de sustancias psicoactivas, como he dicho, sigue representando un desafío de primer orden para la salud pública en nuestro país. Afrontarlo de manera eficaz exige este tipo de políticas públicas integrales, unas políticas que aborden tanto el tratamiento como la reinserción social de las personas con drogodependencia. Solo a través de este enfoque completo, basado, insisto, en el acompañamiento, la integración y la provisión de oportunidades reales, será posible avanzar hacia una sociedad más justa y saludable.

Gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Ríos.

En defensa de la enmienda presentada, y por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra la portavoz del Grupo Popular, señora Torres.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 7

La señora **TORRES TEJADA**: Gracias, presidente.

Señorías, una tarea esencial que toda sociedad madura y responsable debe asumir consiste en garantizar la reinserción social y laboral de quienes han superado una adicción, no basta con tratar la drogodependencia. ¿Y por qué? Porque una persona que deja atrás una adicción no ha terminado simplemente con un problema de salud, ha emprendido un camino de reconstrucción vital, familiar y laboral. Si no acompañamos ese proceso hasta que esa persona disfrute de una vida plena, con dignidad y oportunidades reales, estaremos condenándola a la marginalidad, a la exclusión y, en demasiados casos, a la recaída. El Partido Popular cree firmemente que la política pública debe ser integral, humana y práctica. Tratamiento clínico sí, pero también programas de formación, incentivos a la contratación, apoyo psicológico y continuado y medidas que permitan a esas personas integrarse en el mercado laboral y en la comunidad como ciudadanos útiles y valorados. Porque solo una política que combine atención, formación, empleo y apoyo social puede romper el círculo de la dependencia y de la exclusión. Lo tenemos claro: integrar a estas personas no es un gasto, es una inversión social. Cuando una persona se incorpora al empleo, se reduce la dependencia de servicios sociales, se fortalece la cohesión familiar, se pagan impuestos y se potencia el crecimiento económico local. Veamos ejemplos concretos. En Andalucía, con un Gobierno del Partido Popular, se ha consolidado una red pública de atención a las adicciones muy amplia, con atención sanitaria y social integrada. Además, existen programas específicos, como el Programa Arquímedes, que facilita subvenciones para la contratación laboral de personas en proceso de incorporación social tras una adicción, fomentando su acceso al empleo y su estabilidad a través de contratos temporales o indefinidos que dan dignidad y proyección a sus vidas. Este tipo de enfoques va más allá de la simple asistencia sanitaria, busca la normalización social y la participación activa en la vida económica. Por el contrario, a nivel nacional, aunque el Plan Nacional de Drogas contempla principios de reinserción y apoyo a la estabilidad y la empleabilidad como parte de sus ejes de actuación, la realidad es que la ejecución de esos programas, su financiación y su coordinación efectiva con las autonomías es a menudo más lenta y menos ambiciosa de lo que exige la situación actual. El Gobierno central debe intensificar los recursos, mejorar la coordinación con las comunidades autónomas y poner en marcha medidas que incentiven de verdad la contratación y la integración real de estas personas en la sociedad.

Ver a uno de tus mejores amigos en su peor versión, devorado por las drogas, con su familia destrozada buscándolo de madrugada y temiendo lo peor, y comprobar cómo el esfuerzo de todos consigue devolverte a tu amigo recuperado, como era él, con su pareja, con su trabajo, feliz, ha de ser el objetivo que buscamos todos los miembros de esta comisión. Política real, de la de verdad. Por eso, hemos añadido una enmienda a esta PNL, enmienda que esperamos que se acepte, para exigir al Gobierno apoyo económico, presupuesto, dinero que haga posible que los sueños de quienes han visto su vida truncada por las drogas puedan hacerse realidad, como en Andalucía, donde con la gestión del PP hemos visto cómo programas específicos se traducen en contratos reales. El Gobierno de España es el responsable del marco nacional, que necesita mayor impulso, recursos y coordinación para que esas políticas lleguen de forma efectiva allí donde se necesitan. La verdadera recuperación no termina en la clínica, termina cuando una persona puede volver a ser la protagonista de su vida.

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Torres.

En turno a fijación de posiciones, interviene la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, la señora Ahedo. **(Denegación)**. Renuncia.

Entonces, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, Izquierda Confederal, señora Delgado.

La señora **DELGADO GÓMEZ**: Muchas gracias, señor presidente.

Antes de nada, quiero decir una cosa, porque en la PNL anterior se ha dicho la falacia de que el Gobierno permite hormonar a menores. Eso es absolutamente falso, sencillamente porque si no se les mataría, aunque a lo mejor sí que prefieren que pase como con Ekai, que se terminó suicidando porque no le dieron ese tratamiento. A lo mejor es que nos prefieren ustedes muertas, ¿verdad? Pues no lo van a conseguir.

Nos traen la cuestión de la reinserción social de personas que han superado una adicción. Esto es un asunto serio y por eso exige rigor: políticas públicas basadas en la evidencia y, sobre todo, en el conocimiento del trabajo que ya se está desarrollando en este país, señorías de VOX. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones registró más de 72000 admisiones a tratamiento en 2022 y más

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 8

de 424 000 entre 2017 y 2022. Es decir, existe demanda asistencial relevante, sí, pero también hay red pública activa de tratamiento. Ustedes, señorías de VOX, confunden reconocer un problema con ignorar lo que ya se está haciendo para abordarlo, ahí es donde fallan estrepitosamente. En materia de empleo, el Gobierno incluye expresamente a las personas drogodependientes en proceso de rehabilitación y reinserción social como colectivo prioritario. A esto se le suma la Ley 3/2023, de Empleo, que identifica a las personas afectadas por drogodependencias como colectivo vulnerable de atención prioritaria, con programas específicos, personalizados y coordinados entre servicios de empleo y servicios sociales. Imagino que ustedes sabrán que las políticas activas de empleo están transferidas a las comunidades autónomas, ¿verdad? Imagino que no se les habrá perdido esto. Y que reciben financiación estatal para adaptar programas a la realidad de cada territorio. Sigo diciéndoles, ¿verdad que lo conocen? Pues corresponde a estas comunidades incluir planes especiales de empleo en las zonas con mayores dificultades.

Desde el Ministerio de Sanidad, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ya contempla que el tratamiento terapéutico por sí solo es insuficiente y que la integración exige intervenciones en múltiples ámbitos: laboral, personal, relacional, educativo, sanitario, formativo, residencial o familiar. Por eso, señorías de VOX, presentar esta cuestión como si no existieran políticas públicas, recursos, programas o marcos estratégicos solo indica dos cosas: que ustedes no conocen lo que se está haciendo desde el Gobierno de España, o no se quieren enterar, y que no han estudiado bien el ámbito competencial de este asunto antes de traerlo al Congreso. Nuestro voto será no.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Delgado.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Flores.

La señora **FLORES GARCÍA**: Gracias, presidente.

Señorías, la proposición no de ley que hoy presenta el Grupo Parlamentario VOX es sencillamente un ejercicio de hipocresía política. Un texto lleno de buenas palabras, pero vacío de compromiso real, puesto que atacan diariamente los pilares que permiten abordarla. Hablan ustedes de reinserción, de acompañamiento y de dignidad, pero niegan sistemáticamente los derechos sociales que hacen posible todo eso y votan en contra del escudo social. No se puede hablar de recuperación cuando se recorta en sanidad pública, cuando se desprecia la salud mental, cuando se criminaliza la pobreza y cuando se convierte la exclusión social en un fallo individual. Su propuesta no es solo innecesaria; es profundamente cínica.

Todo lo que enumeran forma parte ya de las políticas públicas de drogas desarrolladas durante décadas gracias al impulso de los Gobiernos progresistas, de los profesionales del ámbito sociosanitario y de las entidades sociales. Todo ello está recogido en la Estrategia Nacional sobre Adicciones, ENA, 2017-2024, que actúa sobre ámbitos laborales, familiares, educativos, sanitarios y comunitarios, con perspectiva de género, que además es un colectivo prioritario para el empleo, garantiza itinerarios personalizados y apoyo social, y define un modelo común de actuación. Y son las comunidades autónomas las responsables directas del desarrollo de los programas, donde ya existen empresas de inserción que facilitan la integración laboral con acompañamiento.

Ustedes llegan ahora a poner su sello ideológico sobre un trabajo que jamás han defendido y que ya se está realizando. Pero lo más grave es el marco moralizante que atraviesa toda la iniciativa. Presentan la adicción como un error personal que debe superarse para volver a merecer un lugar en la sociedad. Ese discurso no es inocente; estigmatiza, culpabiliza y expulsa. Es exactamente el tipo de narrativa que empuja a la recaída y que convierte la recuperación en un camino solitario y humillante. Hablan de empleo, de integración y de comunidad, pero desprecian el tejido asociativo y el trabajo social cuando no encaja en su agenda ideológica. No hay reinserción sin derechos, y los derechos no caben en su modelo político. Ni una palabra sobre la coordinación con las comunidades autónomas.

Su PNL no es solución, es propaganda. Las personas con adicciones no necesitan tutela moral ni discursos vacíos; necesitan un Estado que no los abandone, necesitan servicios públicos fuertes, políticas basadas en evidencias científicas y un enfoque que entienda la adicción como lo que es, una cuestión de salud pública atravesada por desigualdad, exclusión y sufrimiento social.

Por todo ello, porque esta iniciativa no suma, no transforma y no protege, sino que maquilla con retórica un modelo que genera más exclusión, mi grupo parlamentario votará rotundamente en contra, y lo haremos sin ambigüedades. Porque la dignidad no se proclama, se garantiza con derechos.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 9

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Flores.

Finalmente, y a efectos de la enmienda presentada a la proposición no de ley por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Fernández Ríos.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, presidente.

Se votará en sus términos.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Ríos.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE DETERMINADAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA LUDOPATÍA ONLINE. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL SENADO. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002310 y número de expediente del Senado 661/001315).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al tercer punto de orden del día, la proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas de prevención y tratamiento de la ludopatía. El autor es el Grupo Parlamentario Popular en el Senado.

Para la defensa de la iniciativa y de la enmienda presentada por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra por un tiempo de cinco minutos la señora Castillo.

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Gracias, presidente.

Buenos días, señorías.

Hoy no venimos a describir un problema desconocido, hoy traemos la voz de miles de familias de este país que viven cada día atrapadas en una adicción que destroza hogares, rompe proyectos de vida y deja a demasiadas personas solas frente a un problema que avanza más rápido que la respuesta de las instituciones. Señorías, hablamos de la ludopatía *online*, una adicción silenciosa, invisible en muchos casos, que ya no es un fenómeno emergente ni una preocupación futura, que no deja marcas físicas inmediatas, sino que arrasa emocional, económica y socialmente a quien la padece y a quienes le rodean. Padres que descubren que su hijo ha acumulado deudas imposibles; parejas que ven desaparecer los ahorros familiares; jóvenes que abandonan sus estudios, el trabajo y las relaciones porque el juego lo ocupa todo.

El juego *online* es hoy la segunda causa de ludopatía en España y la que más rápido crece, señorías. Y no lo hace por casualidad; crece porque está permanentemente disponible, porque se cuela en el móvil, porque convierte el ocio en dependencia y porque normaliza el riesgo desde edades cada vez más tempranas.

Señorías, cuando hablamos de adicciones no hablamos de falta de voluntad, hablamos de una enfermedad, y cuando se trata de jóvenes y menores, la responsabilidad es colectiva. No podemos mirar hacia otro lado, cuando más del 10% de los adolescentes ha jugado de manera *online* en el último año. Uno de cada cuatro de esos menores presenta indicadores de juego problemático. Y, sin embargo, frente a esta realidad, el mensaje que reciben muchas familias es contradictorio y doloroso. Por un lado, se les pide que eduquen, que vigilen, que acompañen a todos esos menores, a todas esas personas que sufren la adicción, pero, al mismo tiempo, es el propio Estado quien destina millones de euros a promocionar el juego. Solamente en el último año contemplaban en el presupuesto 109,6 millones de euros; más concretamente 61,2 millones de euros desde el Ministerio de Hacienda para promocionar el juego.

Señorías, no caigan ustedes en la tentación o en el error de hablarnos del juego presencial, porque hoy hablamos de la ludopatía *online*, del juego *online*. Por lo tanto, les pido que se circunscriban a lo que estamos tratando. No intentamos demonizar ninguna actividad económica; lo que intentamos es prevenir y no promover. ¿De qué lado está el Estado cuando una familia pide ayuda, señorías del Grupo Socialista especialmente, que están en el Gobierno? No se puede combatir una adicción mientras se impulsa el consumo del producto que la genera. No se puede pedir sacrificios a las familias mientras las instituciones envían mensajes opuestos. Eso no es neutralidad, es irresponsabilidad.

Por eso, esta moción es una llamada a la coherencia política y moral. Proponemos algo tan razonable como justo: que se invierta, como mínimo, la misma cantidad en prevenir y tratar la ludopatía que la que se destina a promover el juego, porque si hay dinero para publicitar, debe haber dinero para proteger. Pero también proponemos avanzar en el conocimiento científico de esta adicción, mejorar los tratamientos, formar a los profesionales y lanzar campañas claras, valientes y directas dirigidas a los jóvenes, a las

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 10

familias y a los educadores; campañas que digan la verdad, que no edulcoren el riesgo y que expliquen que llevar un casino en el bolsillo no es un juego.

Señorías, esta comisión existe para algo más que aprobar PNL y mociones; existe para que el Gobierno tome el mandato y las ejecute, existe para dar respuesta a las personas reales, a las familias reales y a situaciones reales. Y hoy esas familias nos están mirando, nos están pidiendo que estemos a la altura, que dejemos a un lado la comodidad política y que actuemos con valentía. Esta moción no va de ideologías, va de personas, de proteger a quienes no siempre tienen voz. Va de enviar un mensaje claro a la sociedad: la salud, la dignidad y el futuro de nuestros jóvenes están por encima de cualquier interés político.

Les pido, por tanto, que apoyen esta iniciativa, que piensen en esas familias que hoy conviven con la adicción al juego, que piensen en quienes todavía estamos a tiempo de proteger y que hagamos de esta comisión un espacio útil, coherente y comprometido con quienes más lo necesitan.

Muchas gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Castillo.

En defensa de la enmienda presentada, por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra el señor Rodríguez Villarino, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista.

El señor **RODRÍGUEZ VILLARINO**: Buenos días, presidente.

La verdad es que estamos un poco sorprendidos por esta iniciativa, sobre todo por el tono populista y desinformado que presenta. Es algo que realmente nos sorprende en un tema tan relevante. Nosotros vamos a ser generosos y nos vamos a abstener, pero por el tema, no por el modo de plantearlo, porque realmente es una PNL que carece por completo de información.

De hecho, hay cantidad de estudios publicados, tanto de la encuesta ESTUDES como de la encuesta EDADES, que dan información eficaz y pertinente sobre lo que supone este comportamiento —problemático, en algunos casos; adictivo, en otros— y ustedes no distinguen la encuesta en estudiantes, en adultos, no tienen en cuenta lo que son admisiones de tratamiento, no tienen en cuenta absolutamente nada. Y vienen con un discurso fácil, donde, además, vinculan la protección de la salud física y psicológica, porque todas se ven alteradas en el caso del juego *online*, en el juego adictivo *online*. Ustedes no tienen en cuenta absolutamente nada de esto y plantean una situación donde vinculan la inversión en el gasto nada más y nada menos que con lo que se gasta en la promoción de las loterías, algo que pertenece a una entidad de tipo privado vinculada a Patrimonio y a Hacienda, que no tiene nada que ver con este ámbito. Juegan ustedes con un discurso manipulador en el que dicen que el Estado está promocionando el juego *online*, nada más y nada menos, es algo realmente asombroso.

El Estado desarrolla numerosos programas y le voy a poner algunos ejemplos para que después no digan ustedes que no lo sabían, porque parece que vienen aquí a descubrir el Mediterráneo. Aquí realmente hay un montón de intervenciones, publicaciones de universidades y otras desarrolladas por el propio Gobierno. Le voy a poner algún ejemplo. Sin ir más lejos, el Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge tiene una línea prioritaria destinada específicamente a la adicción *online*, que trata sobre los sustratos psiconeuroendocrinos en el trastorno para el juego y su asociación con el resultado del tratamiento. Ustedes inicialmente buscaban un sustrato neurológico para el juego *online* —yo me sorprendo—, después han hecho una autoenmienda y en ella contemplan también factores psicológicos y factores sociales, como debería ser. Por otra parte, la Universidad de Deusto tiene un estudio sobre factores de vulnerabilidad psicológicos, familiares y sociales ya desarrollado; la Universidad Jaume I, sobre innovaciones tecnológicas para el abordaje del juego patológico; la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario 12 de Octubre, una investigación sobre vulnerabilidad para los trastornos por juego en jóvenes. Ustedes desconocen todo esto. Lo que me pregunto es cómo plantean una iniciativa desde la ignorancia absoluta de los datos y acusando falsamente al Gobierno de instigar una adicción. Ustedes han sido parte del Gobierno, no sé cuándo lo volverán a ser, pero dudo mucho que su nivel de conocimiento se pueda asociar realmente a algo favorable para prevenir y tratar la adicción al juego *online*.

Estamos en una adicción que necesita estudio y abordaje que se lleva desarrollando, además, con mucha intensidad. La Estrategia Nacional sobre Adicciones —que ya lleva ese título dentro del Plan Nacional sobre Drogas— lleva años trabajando en este ámbito. Ustedes simplemente lo ocultan; o lo ignoran, que es peor. En una comisión para el estudio de las adicciones, lo que hay que hacer es trabajar a partir de los datos conocidos y en el ámbito científico. Usted habla en su exposición de que esto no es

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 11

una cuestión política, pero ustedes traen aquí una posición partidista y, además, con un desconocimiento absoluto de la materia. Es algo realmente lamentable.

Ya le digo, simplemente por el título de la moción y por el tema que aborda, nosotros nos vamos a abstener. Pero en otras condiciones, de verdad, sería vergonzoso que alguien entendiese que se puede presentar una iniciativa que desconoce la materia, que manipula los datos y que acusa falsamente a un Gobierno que lleva trabajando sobre esta materia más de lo que se ha hecho nunca. De verdad, háganselo mirar y cuando propongan algo así, cuando traigan algo a esta comisión, piensen que están en una comisión de estudio y no vengan a hacer aquí populismo ni a decir defender a ninguna familia, porque ustedes vienen aquí realmente a hacer un discurso manipulador que no podemos aceptar. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señor Rodríguez Villarino.

Por parte del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR-Izquierda Confederal, tiene la palabra la señora Delgado.

La señora **DELGADO GÓMEZ:** Muchas gracias, señor presidente.

Señora diputada del Grupo Popular, escucharlos a ustedes decir que algo no va de ideologías es la garantía de que va de ideología. Tal vez será por aquello de que *excusatio non petita, accusatio manifiesta*.

Compartimos la preocupación por las adicciones comportamentales y, en particular, por el trastorno del juego, pero esta PNL que trae el Grupo Popular, que no da puntada sin hilo, no desaprovecha la ocasión de señalar al Gobierno progresista. ¡Faltaría más! Escuchándolos, cualquiera podría pensar que lo que ustedes pretenden es trasladar la idea de que el Gobierno esté impulsando la promoción de juegos —como, de hecho, ya lo ha dicho— y que no actúa en prevención o tratamiento. Los datos y actuaciones existentes muestran una realidad bastante distinta, señoría: España cuenta con una estrategia nacional sobre adicciones que incluye expresamente el juego presencial y *online*, y las vinculadas con las nuevas tecnologías. Esta estrategia se ha concretado en planes de acción que contemplan investigación, prevención, formación de profesionales y desarrollo de criterios diagnósticos, protocolos y guías clínicas específicas.

Desde hace años se realizan encuestas estatales como EDADES y ESTUDES para conocer el alcance del juego con dinero, el uso de Internet y el posible trastorno por el uso de los videojuegos. También se ha incorporado al sistema estatal de información un indicador específico sobre admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales, lo que permite disponer de datos comparables en todo el territorio con la colaboración de las comunidades autónomas. En materia de prevención y sensibilización también hay actuaciones en marcha como las campañas institucionales específicas sobre juegos de apuestas y adicciones comportamentales. A ello se suma una campaña reciente para prevenir el juego patológico y la adicción a las apuestas *online*, impulsada con financiación pública.

Como ustedes sugieren que hay una ausencia de acción pública, creo que lo que hacen, señorías, es olvidarse intencionadamente —más que intencionadamente, conociéndolos a ustedes— de lo que no les sirve para su titular absolutamente inventado de que el Gobierno invierte más en juego que en prevención. Lo ha dicho el compañero de la bancada del Grupo Socialista, solo este año se destinan más de 6 millones de euros para sostener programas autonómicos de prevención, además de recursos adicionales procedentes del Fondo de Bienes Decomisados. También les recuerdo que las comunidades autónomas son responsables del desarrollo directo de este programa, que parece que se olvidan. Tampoco hablan ustedes de la convocatoria anual de ayudas públicas para investigación y proyectos sociales sobre adicciones comportamentales y trastornos de juego, lo que ya está permitiendo avanzar en el conocimiento de sus bases biológicas, psicológicas y sociales y en nuevas herramientas de intervención.

En definitiva, señorías del Grupo Popular, la prevención de ludopatía y del trastorno de juego exige rigor, evidencia científica y políticas sostenidas. Ustedes vienen con esto para seguir con su deriva contra el Gobierno de Pedro Sánchez, mientras que VOX día a día les sigue comiendo a ustedes la tostada. Lo vieron con horror este domingo, ¿verdad? Fueron a por lana y salieron trasquilados. **(Risas.—Rumores.—El señor secretario, Fernández Pérez: ¿Y vosotros?).** Ya veo que les duele.

Señorías, después de lo dicho, nuestro posicionamiento va a ser abstención.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Gracias, señora Delgado.

Por parte del Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Fernández Ríos.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 12

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: La verdad es que...(Risas del señor Fernández Ríos).

Volviendo al asunto, aunque el diagnóstico que hace el Grupo Popular sobre la gravedad creciente de la ludopatía *online* es acertado y coincide con la evidencia clínica y epidemiológica disponible, la propuesta que hoy nos plantean, a nuestro entender, adolece de relevantes carencias técnicas y operativas que comprometen su eficacia real.

El reconocimiento del problema, si no va acompañado de medidas estructurales concretas y viables, corre el riesgo de quedarse en una mera declaración de intenciones sin un impacto significativo sobre la salud pública. En primer lugar, su proposición no especifica de qué manera se integrarían las medidas propuestas dentro de la red asistencial existente. La atención a la ludopatía, especialmente su vertiente *online*, requiere una coordinación clara entre los servicios de atención primaria, salud mental, recursos especializados en adicciones y dispositivos comunitarios. La ausencia, por lo tanto, de un plan detallado que establezca circuitos asistenciales, criterios de derivación, refuerzo de recursos humanos y formación específica de los profesionales sanitarios a la postre va a dificultar la implementación efectiva de cualquier estrategia preventiva o terapéutica que se intente. Asimismo, su propuesta no hace ningún tipo de mención a una memoria económica que permita evaluar su viabilidad. Sin una estimación presupuestaria concreta, resulta imposible determinar si las medidas anunciadas cuentan con la financiación suficiente para poder ser ejecutadas.

La prevención y el tratamiento de la ludopatía *online* requieren inversiones estables en programas educativos, dispositivos terapéuticos, investigación y seguimiento clínico y, sobre todo, campañas de sensibilización basadas en la evidencia. Especialmente cuestionable resulta la idea de igualar el gasto en prevención al gasto publicitario de la Sociedad Estatal Loterías y Apuestas del Estado. Desde un enfoque clínico y de salud pública, esta equiparación carece de sentido si no se aborda previamente el impacto que la propia publicidad institucional del juego tiene como factor de riesgo. Numerosos estudios señalan que la exposición continuada a estímulos publicitarios normaliza el juego, reduce la percepción de riesgo y favorece conductas problemáticas, especialmente en personas vulnerables como los jóvenes. Por lo tanto, resulta prioritario reducir estos estímulos adictivos generados por la publicidad, ya sea estatal o privada, de forma que se equiparen, por lo tanto, las restricciones que podemos hacer a la publicidad del juego privado con las de la publicidad del juego público. Es imprescindible reforzar de forma real y cuantificada estas políticas para garantizar los objetivos que decía antes. Por lo tanto, la ausencia de estas medidas estructurales, como son la integración asistencial clara, la dotación presupuestaria adecuada, el control efectivo de la publicidad y el refuerzo tangible de la atención clínica, corren el riesgo de convertirse en una iniciativa puramente simbólica.

Por todo ello, a nuestro entender, resulta necesario reformular este planteamiento, concretarlo algo más y, por esta razón, nosotros hoy vamos a abstenernos en esta votación.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Ríos.

Finalmente, a efectos de aceptar o rechazar las enmiendas presentadas a la PNL, tiene la palabra en nombre del Grupo Parlamentario Popular, la señora Castillo.

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Gracias, presidente.

Voy a contestar a cada uno de los intervenientes (**protestas**), pero voy a comenzar con la enmienda del Grupo Socialista. (**La señora Andrés Añón**: Es sí o no, presidente, lo mismo que nos hace a nosotros). Bueno, voy a hablar en general, si les parece a ustedes bien. ¿Vale? (**Rumores**). Señoría del Grupo Socialista, quién ha propuesto la enmienda. ¿No puedo contestar a la enmienda? (**Protestas**).

El señor **PRESIDENTE**: Por favor, señora Castillo, aténgase solamente a valorar si se admite o no se admite.

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Vale, no se admite la enmienda.. (**El señor Rodríguez Villarino**: Pues ya está). Y simplemente voy a concluir (**la señora Andrés Añón**: No, no. Ya está, ya está) que el discurso fácil es no proponer nada...

El señor **PRESIDENTE**: Señores del Grupo Socialista, por favor. (**La señora Andrés Añón**: Presidente, lo mismo que nos hace a todos). No, perdone. Si esta comisión se ha caracterizado siempre por algo es por dejar hablar a la gente, por dejar hablar a sus señorías. O sea, nunca se ha cortado a nadie en ninguna circunstancia. (**La señora Castillo López**: De hecho, presidente...). Brevísimamente, porque no

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 13

se abre un turno ni se quiere abrir un turno. (**La señora Castillo López: No, no, lo tengo claro, señor presidente.—La señora Andrés Añón: Es que eso no se puede hacer.**). ¿Pero entonces no admite la enmienda?

La señora **CASTILLO LÓPEZ:** No, no, no admitimos la enmienda. Pero, insistimos, estamos hablando del juego *online* y hay gente que está confundiendo la ludopatía del juego presencial con la ludopatía *online*. (**El señor Rodríguez Villarino: ¡Madre mía! ¡Qué nivel!**).

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora Castillo, por su intervención.

— **RELATIVA AL DESARROLLO DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO.** (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002619 y número de expediente del Senado 663/000185).

El señor **PRESIDENTE:** Pasamos al cuarto punto del orden del día. Proposición no de ley relativa al desarrollo de la prevención y tratamiento de los trastornos del espectro alcohólico fetal. El autor es el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Para su defensa, por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra la señora López Moya.

La señora **LÓPEZ MOYA:** Muchas gracias, presidente.

El Grupo Parlamentario Popular presenta esta iniciativa para hablarles del trastorno del espectro alcohólico fetal, TEAF, una condición causada exclusivamente por la exposición prenatal al alcohol y que representa una consecuencia grave, permanente y prevenible del consumo de alcohol.

El alcohol es una sustancia legal, socialmente aceptada y normalizada. Precisamente por eso, sus riesgos durante el embarazo siguen siendo infravalorados, tanto por la población en general, en ocasiones como por los propios sistemas de prevención y atención a las adicciones. El TEAF se produce cuando una mujer consume alcohol durante el embarazo. El alcohol atraviesa la placenta, afecta al desarrollo cerebral del feto y puede causar daños irreversibles en el neurodesarrollo. El TEAF engloba un conjunto de alteraciones físicas, neurocognitivas y conductuales derivadas de la exposición prenatal al alcohol. No existe una dosis segura ni un periodo gestacional libre de riesgo. La variabilidad en la expresión clínica depende de factores como la cantidad y el patrón de consumo, el momento de la exposición, la genética materno-fetal y el contexto psicosocial. Hablamos, por tanto, señorías, de una adicción o consumo de riesgo con impacto intergeneracional, donde la persona afectada no ha tenido ninguna capacidad de elección.

Señorías, el TEAF es reconocido como un importante problema de salud pública relacionado con el consumo de alcohol durante el embarazo. Aunque hay conciencia creciente entre las autoridades sanitarias y se desarrollan protocolos de prevención y atención, la prevalencia real sigue siendo incierta, ya que no existen datos epidemiológicos nacionales robustos y las cifras disponibles provienen de estimaciones o estudios regionales. El diagnóstico continúa siendo bajo. El TEAF es un trastorno infradiagnosticado en parte porque muchas personas con TEAF no muestran rasgos físicos evidentes y sus síntomas se solapan con TDAH, trastorno del aprendizaje o autismo. El diagnóstico precoz, señorías, es un factor protector clave ya que permite implementar intervenciones tempranas, adaptar el entorno educativo, reducir la aparición de comorbilidades secundarias como problemas de salud mental o conductas de riesgo en la adolescencia o adultez. Y no olvidemos la necesidad de mayor formación clínica y estrategias sistemáticas de detección temprana. A pesar de las iniciativas actuales, muchos profesionales aún no cuentan con formación específica para reconocer y diagnosticar el TEAF de forma precoz.

La principal intervención eficaz sigue siendo la prevención primaria mediante educación sanitaria y apoyo a gestantes para evitar el consumo de alcohol antes y durante el embarazo. El mensaje preventivo es claro: abstinencia total de alcohol durante el embarazo y en mujeres que planifican su gestación.

Señorías, como ya hemos puesto sobre la mesa, no hay muchos datos epidemiológicos, pero por algunos estudios sí se conocen datos que reflejan unas tasas de entre el 2 y el 5 % de la población infantil que puede estar afectada por el TEAF. También hay algunos datos que ofrece el Ministerio de Sanidad, de acuerdo con estudios de prevalencia basados en evaluaciones clínicas completas, en los que países similares al nuestro revelan una prevalencia que incluso podría estar entre el 4 y el 7 %. Esto significa que miles de personas viven con una discapacidad causada por el alcohol, muchas de ellas sin diagnóstico, sin reconocimiento institucional y sin apoyos específicos.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 14

También queremos poner sobre la mesa que, según estudios y encuestas españolas, existe un porcentaje elevado todavía de gestantes que consumen alcohol. La encuesta EDADES 2024 indica que aproximadamente un 1,6 % de mujeres declararon haber tomado alcohol durante el embarazo. Si lo sumamos a que existe aún una baja percepción del riesgo, esto nos demuestra que tenemos que intervenir y actuar en este problema.

Señorías, también quería poner sobre la mesa que rara vez el TEAF se integra de forma explícita en estrategias sobre adicciones. En las campañas de prevención del consumo de alcohol a veces no existen o no se incluyen mensajes claros sobre el embarazo, no existen protocolos sistemáticos de cribado del consumo de alcohol en mujeres en edad fértil y, como ya hemos dicho, la formación en adicciones de los profesionales sobre TEAF a veces es limitada y desigual. Por ello, proponemos que el TEAF sea abordado de forma explícita en las políticas sobre adicciones.

Señorías, hablar de TEAF en esta comisión es hablar de prevención eficaz, de responsabilidad institucional y de justicia social. Integrar el TEAF en las políticas de adicciones no es una opción, creemos que es una obligación ética y de salud pública.

Por estos motivos, hemos presentado esta iniciativa, y solicitamos al Gobierno y al Ministerio de Sanidad que mejoren los recursos mencionados en nuestra intervención todo lo posible con las consignaciones presupuestarias necesarias. Desde luego, desde nuestro grupo queremos poner de manifiesto que la falta de presupuestos durante tres legislaturas ya y el déficit de profesionales suponen una merma en la prestación de los servicios sanitarios y dificultan de manera importante que se puedan poner en marcha nuevas iniciativas para mejorar el abordaje de este trastorno, así como otros muchos problemas sanitarios que tenemos pendientes en nuestro país.

Este sería el primer paso que tendría que dar el Gobierno, presentar unos nuevos presupuestos. Eso permitiría poder realizar un buen programa integral de atención al síndrome TEAF, cuantificado con recursos necesarios y adaptado a cada comunidad autónoma según sus necesidades. En nuestro grupo vamos a seguir denunciando la falta de presupuestos y la falta de interés de este Gobierno por solucionar los problemas reales de los ciudadanos. Y, si no, que se lo digan a los enfermos de ELA, que aún no han percibido las ayudas contempladas en la ley.

Señorías, vemos que tenemos un Gobierno agotado y con falta de liderazgo, más preocupado por solucionar sus problemas de corrupción que por solucionar los de los ciudadanos, y un Ministerio de Sanidad que está creando conflictos y desigualdades en vez de ponerse a trabajar y mejorar la vida y la salud de nuestros ciudadanos.

No queremos lecciones de autocoplacencia, señorías. Queremos que de verdad se aborden los problemas que tienen nuestros ciudadanos. El verdadero compromiso que debería hacer este Gobierno sería ese, hacer unos presupuestos y abordar estos programas que estamos poniendo sobre la mesa y, desde luego, intentar mejorar la salud y todo aquello que beneficie a nuestros ciudadanos.

Nosotros vamos a intentar seguir denunciando esto, desde luego, buscando consenso y llegando a acuerdos, pero siempre poniendo sobre la mesa la realidad de los problemas.

Muchas gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora López Moya.

En defensa de la enmienda presentada, por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra el señor Fernández Ríos, en nombre del Grupo Parlamentario VOX.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias, presidente.

La proposición que nos trae el Grupo Popular al respecto nos parece acertada, ya que insta al Gobierno a adoptar medidas decididas para la prevención y el tratamiento de los trastornos del espectro alcohólico fetal, reconocidos como la causa evitable más frecuente de trastornos del neurodesarrollo en el feto.

Estos trastornos tienen su origen en el efecto teratogénico del consumo de alcohol durante el embarazo, una circunstancia plenamente prevenible y, sin embargo, todavía insuficientemente abordada por las políticas públicas de salud en España. La gravedad del problema se refleja en los datos disponibles sobre el consumo de alcohol durante la gestación, que sitúa su prevalencia en nuestro país entre el 40 y el 60 %; una cifra alarmante que pone de manifiesto la necesidad urgente de intensificar las estrategias de información, prevención y detección temprana. El consumo de alcohol, incluso en cantidades consideradas socialmente aceptables, puede provocar alteraciones estructurales y funcionales en el desarrollo cerebral

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 15

del feto, con consecuencias permanentes que afectan al aprendizaje, a la conducta, a la autonomía personal y a la integración social a lo largo de toda la vida.

En este contexto, esta iniciativa propone un conjunto de actuaciones orientadas a un abordaje integral de este tipo de trastornos. En primer lugar, plantea la necesidad de reforzar la sensibilización social con campañas claras y basadas en evidencias científicas que transmitan un mensaje inequívoco: no existe un consumo seguro de alcohol durante el embarazo. La persistencia de mitos o de percepciones erróneas hace imprescindible una comunicación pública coherente y adaptada a los distintos perfiles poblacionales. Asimismo, la proposición subraya la importancia de impulsar la detección precoz de los TEAF, especialmente en el ámbito de la atención pediátrica. La iniciativa también destaca la necesidad de potenciar la investigación epidemiológica sobre los TEAF en España. La falta de datos sistematizados y actualizados dificulta dimensionar adecuadamente el problema y diseñar políticas públicas ajustadas a la realidad. Igualmente, es muy importante la formación de los profesionales en los ámbitos sanitario, social, educativo y judicial. Finalmente, la proposición solicita también la inversión en los recursos económicos, humanos y estructurales necesarios para garantizar un abordaje integral de este tipo de trastorno en coherencia con el impacto sobre la salud pública que ya he comentado. Sin una dotación suficiente y sostenida, las medidas propuestas corren el riesgo de quedar en el plano declarativo.

Nuestro grupo ya presentó una iniciativa específica sobre los TEAF en la legislatura pasada, anticipando la necesidad de afrontar este problema desde una perspectiva integral. En este sentido, como ya he dicho, valoramos positivamente que el Grupo Popular impulse ahora esta proposición con el objetivo común de proteger la salud y el desarrollo de los menores y de avanzar en una política de prevención eficaz y responsable. Por esta razón hemos presentado una enmienda que no altera en nada el espíritu de la iniciativa del Grupo Popular, sino que, a nuestro entender, la mejora, la completa y la hace más eficaz desde el punto de vista clínico y científico en coherencia con el trabajo que nuestro grupo viene desarrollando desde hace tiempo en esta materia.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Ríos.

A continuación, en turno de fijación de posiciones, de menor a mayor, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR Izquierda Confederal, el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Gracias, presidente.

Quisiera felicitar a la señora López Moya por la intervención que ha realizado, que ha sido muy precisa, hasta los últimos cuarenta segundos, cuando ha perdido un poco de precisión y ha entrado en este tema que nos gusta mucho a veces en las intervenciones del «y tú más» y algunas cuestiones que creo que no tenían relación con el tema.

Es este un asunto muy relevante. Entre algunas matizaciones para tener en cuenta que pensamos que son clave está el hecho de que la medida se tiene que adoptar de forma informativa, sobre todo en la etapa preconcepcional. Según datos de la OMS, se sabe que hay un 20 % de embarazos que pueden ser no planificados en nuestro país. El conocimiento del embarazo se puede tener en el segundo o tercer mes de gestación, cuando ya se ha podido realizar una exposición al alcohol con un daño crítico para el desarrollo embrionario. También hay que tener en cuenta cómo se relaciona el consumo de la mujer embarazada con su entorno o con su pareja; esto es importante para entender claves de prevención y de educación. Hay que tener en cuenta también que los problemas relacionados con el alcohol están asociados a un riesgo elevado de exclusión social y hay que tener una perspectiva de determinantes sociales a la hora de hacer un enfoque adecuado en las campañas educativas. También hay otras intervenciones de eficacia probada y de evidencia científica por parte de la OMS, como son la regulación de la disponibilidad, los impuestos o el etiquetado. Y tenemos ahora mismo una responsabilidad legislativa con el Proyecto de ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y sus efectos en personas menores de edad, que ya está en tramitación, para ponernos de acuerdo, no vaya a ser que hoy nos pongamos de acuerdo con una proposición no de ley que, si me permiten, es menor, y pasado mañana no lo hagamos con una iniciativa legislativa mayor, como es este proyecto de ley.

Por otro lado, tenemos datos de prevalencia en nuestro país, hay diferentes informes y me gustaría mencionar de una forma muy rápida algunas de las intervenciones que está haciendo nuestro ministerio para, en este sentido, poner en valor el trabajo de los equipos técnicos que vienen trabajando en todo esto desde hace muchos años en nuestro país. Hay estrategias que incorporan esta visión, tanto la Estrategia de Promoción de la Salud como la Estrategia Nacional sobre Adicciones como la Estrategia de Salud

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 16

Pública desde el año 2022; hay un grupo de trabajo interterritorial desde el año 2020 de prevención del consumo de alcohol dentro de la Comisión de Salud Pública, que cuenta con el trabajo de todas las comunidades autónomas y las ciudades autónomas, dentro del Plan Nacional de Drogas. Asimismo, hay líneas de actuación aprobadas el 13 de abril de 2021 en la Comisión de Salud Pública; hay un informe técnico sobre TEAF del año 2021 —Informe sobre Alcohol, Embarazo y TEAF—, y una guía ministerial específica del año 2025 —Prevención y abordaje de la exposición al alcohol en el embarazo—, dirigida a profesionales y con participación de sociedades científicas, de la que hubo una presentación en septiembre de 2025 por parte de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. En septiembre del año 2024, España fue la organizadora de la 7.ª Conferencia Internacional de la Alianza Europea frente a los TEAF y realizó un documento publicado ese año en el marco de esa reunión sobre conclusiones y recomendaciones para potenciar la prevención de la exposición al alcohol en el embarazo. Hay diferentes materiales divulgativos, se han hecho campañas institucionales en torno al Día Internacional de los TEAF el 9 de septiembre y ha habido una formación masiva para profesionales de atención primaria dentro del Plan de Capacitación de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención. Insisto en el agradecimiento a todo el equipo técnico y al equipo ministerial que trabaja de forma detallada en todo esto.

Votaremos a favor de la propuesta realizada por el Grupo Parlamentario Popular.

Muchas gracias.

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

Por último, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Soldevilla.

La señora **SOLDEVILLA NOVIALS**: Gracias, presidente.

En el Grupo Socialista votaremos favorablemente esta proposición porque compartimos el objetivo de prevenir los trastornos del espectro alcohólico fetal y de mejorar su detección y abordaje. Hablamos de una causa evitable de trastornos del neurodesarrollo que exige políticas basadas en la evidencia científica y la coordinación institucional, y la iniciativa recoge elementos razonables: sensibilización social, detección precoz, formación de profesionales e investigación. Ahora bien, me gustaría decir que no partimos de cero, como comentaba también el compañero de SUMAR. Estas líneas ya se trabajan en el ministerio y en las comunidades autónomas en el marco de la Estrategia Nacional sobre Adicciones y en su plan de acción. Se incluyen también en el Proyecto de ley de prevención del consumo de alcohol en personas menores que está en tramitación en esta Cámara.

Sobre la sensibilización, conviene reforzarla y no solo durante el embarazo, sino también en la etapa anterior y teniendo en cuenta el entorno, porque las campañas funcionan mejor si van acompañadas de políticas integrales, como las que recomienda la Organización Mundial de la Salud: reducción de la disponibilidad del alcohol, limitación de su publicidad, medidas fiscales y advertencias sanitarias claras en el etiquetado. Esta es la línea en la que está trabajando el Gobierno.

En cuanto a la detección precoz, el ministerio publicó en 2025 una guía para profesionales sanitarios que aborda el cribado, la intervención breve y el seguimiento durante la etapa pregestacional, el embarazo, el puerperio y la lactancia, y con coordinación para la atención temprana de los niños y las niñas expuestos.

En relación con la formación, contamos con programas de capacitación en atención primaria y con miles de profesionales formados cada año, a los que se van a incorporar las recomendaciones de la guía sobre el consumo de alcohol y embarazo que comentaba anteriormente.

Por tanto, apoyamos esta iniciativa, pero creemos honesto decir que muchas de las medidas que se reclaman ya están en marcha y que los avances reales se consiguen con políticas coherentes, sostenidas en el tiempo y dotadas de recursos; políticas como las que, por cierto, se han presentado hoy en el Consejo de Ministros: el anteproyecto de ley de gestión pública, la ley de organizaciones de pacientes o el real decreto de evaluación de productos sanitarios.

Y permítanme una última reflexión al Grupo Popular, que hago habitualmente. Está muy bien que en la oposición hagan propuestas y reclamen más recursos al Gobierno para la salud pública y para la prevención, pero estaría aún mejor que en los Gobiernos de algunas comunidades autónomas no cuestionaran o recortaran precisamente las políticas de salud, de igualdad o de atención temprana.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Soldevilla.

Finalmente, a los efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada a la proposición no de ley, tiene la palabra la señora López Moya.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 17

La señora **LÓPEZ MOYA**: Se va a votar en sus propios términos.
Gracias, presidente.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora López Moya.

— RELATIVA A LA MEJORA DEL SISTEMA DE AUTOPROHIBICIÓN COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE LA ADICCIÓN AL JUEGO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002620 y número de expediente del Senado 663/000186).

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, pasamos al quinto punto del orden del día: la proposición no de ley relativa a la mejora del sistema de autoprohibición como medida preventiva ante la adicción al juego.

Para defender la iniciativa, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Ramírez Martín, diputada por Granada, por un tiempo de cinco minutos.

La señora **RAMÍREZ MARTÍN**: Gracias, presidente.
Buenos días, señorías.

En el Grupo Parlamentario Popular defendemos esta iniciativa, que nace de nuestro compromiso con las personas, con las familias y con una realidad social que no puede seguir siendo ignorada. Es una iniciativa que nace de una escucha activa, del diálogo constante y del trabajo serio con las asociaciones especializadas en adicciones, con los profesionales que están en primera línea y que conviven cada día con el sufrimiento que provoca la adicción al juego. Esta proposición no de ley no es fruto de la improvisación ni de una estrategia política coyuntural, es el resultado de nuestro contacto permanente con la realidad, de nuestra responsabilidad institucional y de nuestra voluntad de hacer llegar al ámbito parlamentario las demandas fundadas de quienes llevan años alertando de que el sistema actual no está funcionando como debería. Porque hoy hablamos de la adicción al juego; hablamos de una enfermedad reconocida con graves consecuencias personales, familiares y sociales; hablamos de jóvenes que caen demasiado pronto, de adultos que recaen una y otra vez y de familias enteras que se rompen en silencio mientras el Estado no llega o llega tarde.

Frente a la retórica vacía del Gobierno, en el Grupo Popular traemos hoy una propuesta concreta, viable y basada en la evidencia. Una propuesta que pone a las personas en el centro, no solo en los discursos, sino en las decisiones. El sistema de autoprohibición voluntaria de acceso al juego es, sin duda, una herramienta necesaria, permite a una persona reconocer su problema y pedir ayuda. Pero una herramienta preventiva solo es eficaz si está bien diseñada y alineada con la realidad clínica y social de la adicción, y hoy no lo está. Actualmente, el plazo mínimo de permanencia en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego es de seis meses, seis meses que, según todos los profesionales y asociaciones con las que hemos hablado, no se corresponden con los tiempos reales de recuperación ni con los procesos terapéuticos ni con la consolidación de una rehabilitación estable. Y no lo decimos nosotros por interés político, lo dicen los psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales y entidades especializadas; lo dicen quienes acompañan procesos largos, frágiles y complejos; lo dicen las familias, que ven cómo una salida prematura del sistema se convierte en una recaída segura. Sin embargo, el Gobierno ha optado por mantener un modelo insuficiente, rígido y desconectado de la realidad; un modelo que no protege como debería a los perfiles más vulnerables.

Por eso, el primer punto del *petitum* es firme y es claro: ampliar el plazo mínimo de la autoprohibición a un año. No se trata de castigar ni de limitar derechos. Se trata de proteger, de reducir riesgos y de evitar daños irreversibles; se trata de impedir que la recuperación se rompa por una decisión administrativa tomada demasiado pronto. Seis meses pueden ser suficientes para algunos perfiles, pero para muchos otros suponen una falsa sensación de control, una puerta abierta a la recaída, al endeudamiento, al deterioro familiar y, en los casos más graves, a la exclusión social. Ampliar el plazo a un año es coherente con los criterios clínicos, con la experiencia acumulada y con las recomendaciones reiteradas de las asociaciones especializadas. La pregunta no es por qué un año, la pregunta es por qué el Gobierno sigue manteniendo seis meses cuando sabe que no es suficiente en la mayoría de los casos.

El segundo punto aborda otra carencia estructural: la falta de escucha real. Este Ejecutivo legisla desde el titular y desde el anuncio, pero no desde el conocimiento experto ni desde la experiencia de quienes trabajan sobre el terreno. En el Grupo Popular defendemos que cualquier modificación normativa

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 18

debe hacerse desde el consenso real con las asociaciones especializadas y los expertos en prevención y en salud mental, no como un gesto simbólico, sino como una práctica habitual de buena gobernanza. Nuestra iniciativa no impone, propone, no excluye, suma; reivindica que el conocimiento acumulado de las entidades especializadas forme parte de las políticas públicas, porque sin ellas el sistema, simplemente, no funciona.

Y el tercer punto aborda una cuestión especialmente grave: la salida del sistema de autoprohibición. Hoy una persona puede solicitar la baja del registro una vez cumplido el plazo mínimo sin una evaluación previa, sin seguimiento psicológico y sin analizar posibles recaídas o situaciones de especial vulnerabilidad. Convertimos así un proceso profundamente delicado en un trámite administrativo frío y deshumanizado. ¿De verdad cree el Gobierno que una adicción se supera automáticamente con el paso del tiempo? ¿De verdad cree que la recuperación es igual para todos? Nuestra propuesta plantea estudiar mecanismos complementarios de seguimiento, apoyo psicológico y evaluación previa a la baja, especialmente en casos reincidentes o clínicamente complejos; no para controlar, sino para cuidar; no para limitar, sino para proteger. Mientras se anuncian planes y estrategias, las familias siguen esperando respuestas y las asociaciones siguen cubriendo con recursos propios lo que debería garantizar el Estado.

Señorías, esta proposición no de ley es sensata, proporcionada y necesaria; no invade competencias, no estigmatiza y no impone tratamientos; refuerza una herramienta preventiva para que cumpla de verdad su función protectora. Ampliar plazos, escuchar los expertos y acompañar los procesos no es ideología, es responsabilidad política. En el Grupo Parlamentario Popular creemos que proteger a los más vulnerables no puede esperar y esta comisión tiene hoy la oportunidad de demostrar que está a la altura de esa responsabilidad. Esperamos que el resto de los grupos parlamentarios también estén a la altura. Las personas afectadas por la adicción al juego y sus familias no pueden esperar más.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

El señor **PRESIDENTE:** Muchas gracias, señora Ramírez Martín.

Por parte del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, para fijar su posición, tiene la palabra el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ:** Buenos días.

Se presenta una iniciativa sobre un tema complejo con diferentes elementos. Ahora mismo la literatura científica y el trabajo que se realiza por entidades clave en nuestro país avalan la eficacia de esta medida, y hay diferentes estudios que plantean que los sistemas que autoprohíben tienden a presentar menores tasas de recaída y mejor respuesta terapéutica posterior. Hay otros estudios que sugieren mejoras en materias de bienestar emocional y diversos estímulos positivos y con beneficios que hay que considerar.

La autoexclusión o autoprohibición del juego como parte de una estrategia de reducción del daño, por supuesto que es tanto más útil no solamente cuando existe esa barrera sino cuando va asociada a un proceso de acompañamiento terapéutico que incluya un tratamiento integral y un plan de apoyo psicosocial. Tengo dudas en cuanto a la argumentación de que si la medida se amplía a seis meses o doce meses es solamente por la culpabilidad de un Gobierno malévolos que no quiere tomar esta decisión. Sería como decir que si no se toman en cuenta los criterios para establecer los tratamientos de punto de corte del colesterol o la toma de decisiones de qué es o no es una hipertensión también es porque tenemos un Gobierno malévolos. Creo que este razonamiento es muy perjudicial para las instituciones, sea cual sea el Gobierno que tengamos en marcha, porque el proceso de esa toma de decisiones se tiene que establecer en términos de un razonamiento equilibrado y, lógicamente, sopesando pros y contras. Estamos hablando de una estrategia voluntaria en personas que anticipan dificultades de autocontrol y que pactan un límite externo para reducir el peligro al que se someten. Al ser voluntario nos obliga a delimitar con precisión el ámbito de nuestras intervenciones y valoraciones, y esto tiene relación con el tercer punto de la iniciativa que se presenta en la proposición. Puede ser problemático sugerir que una persona que abandone una estrategia deba afrontar de modo preceptivo una evaluación previa acerca de su propia decisión. Por supuesto que tenemos en cuenta que es necesario tener —como decía antes— mecanismos de acompañamiento, de seguimiento, de apoyo psicológico y evaluación, pero cuidado con ese modo preceptivo y que incluso que puede ir contra la voluntariedad de una asunción de toma de decisiones personales.

En relación con lo que respecta al punto uno sobre aumentar a un año el periodo de vigor de la autoprohibición, nos parece que es una modificación que tiene una relevancia; sabemos que hay pros y contras, conocemos y pensamos que es fundamental tener en cuenta la opinión de entidades como

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 19

FEJAR o UNAD y pensamos que es posible que esa ampliación, siendo razonable, quizás haya que tomarla con otros elementos de juicio y en otros lugares para decidir de una forma mucho más calmada y evitar esta culpabilización partidista con la que a veces se conectan ciertas decisiones.

Muchas gracias.

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

Por parte del Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Fernández Ríos.

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Gracias.

No creo que ninguno pongamos en duda —ni por supuesto nuestro grupo— que el Registro de Interdicciones constituye una herramienta fundamental dentro de las políticas públicas de prevención y protección frente a la ludopatía en España, ya que está creado para poder introducir lo que debe ser una barrera entre el jugador vulnerable y la oferta de juego, facilitando el autocontrol en momentos de especial fragilidad y, por lo tanto, reduciendo, la exposición a estímulos que puedan desencadenar recaídas.

Hoy el Grupo Popular nos presenta una iniciativa en ese sentido en la que propone una medida muy loable, como es la ampliación del plazo mínimo de vigencia de seis meses a un año. Es una reivindicación que es verdad —como ya se ha comentado— que ya ha requerido hace tiempo la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados, ya que las estadísticas nos dicen que aquellas personas que deciden darse de baja de la lista a los seis meses tienen muchas posibilidades de recaer nuevamente en la enfermedad. Los propios profesionales son los que mantienen que es al menos un año el tiempo mínimo clínico necesario para tener garantías en la recuperación. Pero no nos engañamos, medidas como esta, por muy bien intencionada que sea, no atajan el problema de fondo del que adolece este registro, que no acaba de permitir que pueda cumplir realmente su función con la eficacia que debería hacerlo y que el propio presidente de FEJAR denunció en su anterior comparecencia en esta misma comisión, que no es otro que el de la interterritorialidad. Lo hemos dicho muchas veces, la existencia en España de al menos diecisiete registros de interdicciones distintos, muchos de ellos sin conexión efectiva entre sí, constituye una disfunción del sistema que es difícilmente comprensible. Esta fragmentación territorial provoca situaciones injustificables desde una perspectiva de salud pública. ¿Cómo puede ser que una persona inscrita voluntariamente en un registro de una comunidad autónoma —como, por ejemplo, Madrid— pueda desplazarse apenas unos kilómetros y jugar sin impedimento alguno en una provincia como Segovia? Esta falta de conexión y de interoperabilidad vacía ya de entrada de contenido cualquier finalidad protectora que queramos hacer de este registro. El Registro de Interdicciones nace como una herramienta de apoyo para las personas que padecen un trastorno del juego, y este trastorno —se lo hemos dicho y lo diremos una y otra vez— no entiende de límites administrativos ni de fronteras autonómicas. Por eso resulta incoherente supeditar un mecanismo de protección sanitaria a criterios políticos, competenciales o ideológicos cuando el objetivo debería ser garantizar esta cobertura uniforme y efectiva que estamos solicitando. Mientras no se asuma que la interdicción de acceso al juego debe abordarse como una cuestión estrictamente vinculada a la salud pública y no como un elemento más de diferenciación política, se seguirá prestando un flaco favor a quienes necesitan esas herramientas.

Yo creo que esta es la cuarta vez que hablo en esta comisión sobre el asunto, pero, insisto, los responsables públicos tenemos la obligación de anteponer el interés de miles de personas que padecen ludopatía y de sus familias a cualquier tipo de criterio político, y desde nuestro grupo lo denunciaremos tantas veces como sea posible. Por tanto, esta iniciativa del Grupo Popular, aunque ya he dicho que contiene medidas interesantes y positivas, sigue sin querer entrar en solucionar el problema básico que sigue lastrando una medida como debería ser un único registro de interdicciones interconectado, un único registro de interdicciones a nivel nacional.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Fernández Ríos.

Por parte del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora De la Rosa.

La señora **DE LA ROSA BAENA**: Muchas gracias, señor presidente.

Señorías, en el Grupo Parlamentario Socialista tenemos claro que la adicción al juego es un problema serio de salud pública que exige respuestas responsables basadas en la evidencia científica, en los derechos de las personas y en la experiencia de quienes trabajan cada día sobre el terreno. Compartimos la preocupación y la necesidad de mejorar la situación que sufren las personas con adicciones al juego.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 20

Sin embargo, entendemos que, antes de adoptar una medida de este alcance, es imprescindible contrastarla, realizando los estudios previos necesarios, evaluando con rigor las consecuencias reales que dicha medida pueda tener. Porque conviene recordar que el actual registro de autoprohibidos establece un periodo mínimo de seis meses que se prorroga automáticamente por otros seis meses si la persona no manifiesta lo contrario, y así continuadamente en el tiempo que la propia persona estime necesario. Por tanto, el sistema ya permite una protección prolongada sin necesidad de introducir rigideces adicionales.

La PNL presentada por el Grupo Popular parte de una visión equivocada del sistema de autoprohibición, al tratarlo en algunos términos como una medida coercitiva. Sin embargo, este registro es y debe seguir siendo una herramienta voluntaria de protección, basada en la autonomía personal y en la decisión consciente de quien da un paso especialmente difícil para protegerse en un momento concreto de su vida. El plazo mínimo actual de seis meses responde a un equilibrio entre la protección y la libertad individual, y además está alineado con la normativa de muchas de las comunidades autónomas. No nos negamos a su ampliación, pero proponer su ampliación a un año sin los estudios que avalen una mayor eficacia puede poner en riesgo el propio funcionamiento del sistema y su utilidad real. Debemos ser conscientes de que un sistema excesivamente rígido para estas personas en la fase inicial puede generar efectos contraproducentes, como la sensación de pérdida de control por parte de la persona o, lo que es más grave, el desplazamiento hacia el juego ilegal durante ese tiempo.

No compartimos tampoco la propuesta de introducir evaluaciones psicológicas obligatorias como requisito para salir del registro. El acceso al registro, en la mayoría de los casos, tiene un carácter voluntario y no puede presuponerse que las personas inscritas hayan perdido o tengan menoscabado el libre ejercicio de su voluntad. Es necesario señalar en este sentido que el Gobierno de España ha aplicado medidas que van encaminadas precisamente a mejorar la protección de las personas adictas al juego, limitando la publicidad del juego, reforzando la protección de las personas autoprohibidas y avanzando en la interconexión de los registros autonómicos con el registro estatal. Además, no podemos obviar que comunidades autónomas como la Comunidad Valenciana, Castilla y León, Islas Baleares o la Comunidad de Madrid, todas ellas gobernadas por el Partido Popular, no han firmado todavía los convenios de interconexión con el registro estatal, debilitando la protección efectiva de las personas en sus propios territorios. Antes de reclamar otros cambios normativos, deberían explicar por qué no aplican plenamente la herramienta ya existente o por qué siguen auspiciando, en muchas zonas donde gobiernan, la implantación de casas de apuestas en zonas cercanas a centros educativos.

Creemos que cualquier posible modificación del sistema debe venir precedida de una evaluación rigurosa en el marco de la próxima Estrategia Nacional sobre Adicciones, con criterios clínicos, estudios especializados y el consenso real de las entidades y profesionales que trabajan en prevención y tratamiento. Solo desde la evidencia y la medición de impactos pueden adoptarse decisiones responsables. Y en este punto queremos reconocer expresamente el trabajo que realiza FEJAR y todo el conjunto de asociaciones especializadas en la materia, que llevan años acompañando y tratando a personas con adicción al juego.

Señorías, no nos negamos a seguir profundizando en este debate, pero entendemos que deben estar bien evaluadas estas medidas, y por ello el Grupo Socialista se abstendrá en esta proposición, por la importancia de la materia que estamos tratando y por responsabilidad y compromiso con las personas con adicción al juego.

Muchas gracias. (Aplausos).

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora De la Rosa.

— **POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A ELABORAR UN CATÁLOGO AVANZADO DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIIONES EN ESPAÑA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002801 y número de expediente del Senado 663/000203).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos al sexto punto del orden del día: la Proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a elaborar un catálogo avanzado de servicios en el ámbito de las adicciones en España. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista.

Para la defensa de la iniciativa, por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra, por el grupo parlamentario proponente, la señora Almodóvar.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 21

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias, presidente.

El Grupo Parlamentario Socialista propone algo sencillo, bastante específico y necesario: es la elaboración de un catálogo avanzado de los servicios que existen en el territorio español en materia de atención a las personas con trastornos de adicciones. El objetivo de esta propuesta no es otro que actualizar y mejorar los contenidos actuales, adaptarlos a los recursos disponibles y, sobre todo, garantizar el fácil acceso a todos los servicios por parte de las personas con problemas de adicciones y de sus familias. La aportación fundamental de esta iniciativa a la sociedad es asegurar la equidad en el acceso, evitar desigualdades en el territorio y ofrecer una información clara, actualizada y homogénea que permita a cualquier persona saber a qué recurso tiene que acudir o dirigirse independientemente del lugar en el que viva, y nos referimos, sobre todo, a las zonas rurales y despobladas. Crear un mapa de recursos de adicciones en España es, ante todo, una cuestión de acompañamiento y claridad cuando una persona o una familia se enfrenta a un problema de adicciones. Lo último que necesita es perderse en trámites o siglas e informaciones que están dispersas. Hoy en día existen muchos recursos públicos, concertados y del tercer sector, pero no siempre son fáciles de encontrar ni está claro a quién acudir ni a dónde ir o qué tipo de ayuda ofrece cada servicio.

Para todos aquellos discursos negacionistas por sistema o de culpabilización de la política que se puedan dar a partir de esta intervención, quiero dejar claro que un mapa claro y actualizado permitirá que cualquier persona, viva donde viva, pueda saber rápidamente qué apoyo tiene cerca, cómo acceder a él y qué tipo de atención va a recibir. El primer paso para ello debe ser el análisis pormenorizado de la provisión actual territorio por territorio, identificando qué recursos existen, qué actividades desarrollan y en qué condiciones lo hacen.

Señorías del Grupo Popular, la propuesta contenida en la presente PNL se alinea de forma clara con los objetivos y la meta del Ministerio de Sanidad. Además, tanto la Estrategia Nacional sobre Adicciones como el último Plan de Acción sobre Adicciones, ambos vigentes, contemplan la elaboración de catálogos de servicios como una herramienta que es fundamental, no solo por la aplicación de políticas de evaluación y calidad, sino también para identificar y corregir fallos de equidad. Por lo tanto, el punto 4 de la enmienda que ustedes han presentado se ve aquí reflejado. El Gobierno ya dota económica mente estas acciones y otras medidas para evitar el problema. El catálogo permitirá el análisis de la diversidad de oferta de los servicios y de los programas de las comunidades autónomas y, además, permitirá avanzar en la implementación de los procesos de acreditación normalizados, las buenas prácticas y catálogos de servicios, sus metodologías y sus prestaciones mínimas, que requerirán de la cooperación y el consenso de todos los planes autonómicos de drogas.

Señorías del Grupo Popular, nosotros no estamos en desacuerdo con los puntos que exponen en las enmiendas, pero —es cierto— algunos de los que mencionan, ya se hacen. También hemos presentado una transaccional, porque realmente lo que queremos es poner en evidencia que los recursos que se están administrando desde el Gobierno a través de las comunidades autónomas están adaptados a todas esas necesidades de la población. Por ello, aceptaremos vuestras enmiendas. Nosotros queremos llegar a acuerdos. Somos un grupo que realmente llega a acuerdos para conseguir que mejore la sociedad. Así, pues, contar con un catálogo de servicios que esté avanzado no solo es una herramienta de gestión, es un instrumento de justicia social para que se pueda planificar de forma eficaz y mejorar de la calidad asistencial. Supone avanzar en la coordinación, en la transparencia y en la atención más humana y centrada en la persona.

Por todo ello, pedimos su apoyo a esta propuesta y a la transaccional realizada para fortalecer nuestro sistema de atención, mejorar la respuesta pública y garantizar los derechos de toda la sociedad.

Gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Almodóvar.

En defensa de la enmienda presentada, tiene la palabra, por parte del Grupo Parlamentario Popular y por un tiempo de tres minutos, el señor Martín.

El señor **MARTÍN GARCÍA**: Gracias, presidente.

Buenos días, señorías.

Empezaré diciendo algo obvio: Lógicamente, compartimos el diagnóstico que recoge esta PNL. El estudio Atlas advierte de problemas serios: la fragmentación territorial de la información, la variabilidad terminológica y la falta de criterios comunes. Es decir, que a veces comparamos cosas que no son equivalentes porque cada comunidad mide y denomina distinto. Y así es imposible planificar con rigor. Por

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 22

tanto, sí, España necesita un catálogo avanzado, útil para las personas afectadas, sus familias, los profesionales y los gestores. Ahora bien, el problema de esta PNL es la parte dispositiva, que es excesivamente genérica. Dice: elaborar un catálogo a partir de un análisis pormenorizado y mejorar la accesibilidad. Pero, si no fijamos el cómo, corremos el riesgo de que esto se quede en un documento más, sin impacto real y sin comparabilidad. Por eso, el Grupo Parlamentario Popular plantea cuatro enmiendas muy concretas.

La primera enmienda pide que el catálogo se construya en colaboración estrecha con las comunidades autónomas, estableciendo equivalencias terminológicas entre prestaciones. Porque el problema no es solo que falta información, es que la misma prestación se llama distinto en territorios distintos, o, al revés, se llama igual y no es lo mismo, y eso es justo lo que el estudio Atlas denuncia.

La segunda enmienda pretende que ese trabajo dé lugar a un consenso formal entre comunidades, tanto en la terminología como en los indicadores de medida, porque sin indicadores comparables no hay evaluación y sin evaluación no hay mejora. Señorías, esto es clave para que el catálogo no sea una foto bonita, sino una herramienta de política útil.

La tercera enmienda pide que, una vez alcanzado este consenso, se elabore el catálogo como instrumento realmente operativo, accesible y orientado a tres destinatarios concretos: personas con trastornos adictivos y sus familias, profesionales y gestores públicos. Es decir, que el catálogo sea útil para derivación, para planificación y para transparencia.

Y la cuarta enmienda —imprescindible— solicita que el Gobierno dote de recursos económicos suficientes para realizar los estudios necesarios para elaborar el catálogo y para ejecutar lo que se derive de esos trabajos. Porque, señorías, lo fácil es aprobar una PNL, lo difícil y lo importante es financiarla. En adicciones no se puede improvisar, sin recursos no hay coordinación. Dice que el Gobierno nos dota de recursos económicos y ya se lo ha repetido mi compañera, no nos hagan como la ley ELA. Y si no hay coordinación, seguimos con desigualdades.

En definitiva, vamos a apoyar el fondo, pero pedimos precisión en la forma. Si el Grupo Socialista acepta estas enmiendas, esta PNL puede ser útil y transformadora, si no, lógicamente, corre el riesgo de quedarse en una mera declaración bien intencionada, pero ustedes saben perfectamente que sería ineficaz.

Muchas gracias. (Aplausos).

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

En turno de fijación de posiciones, tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR e Izquierda Confederal, la señora Delgado.

La señora **DELGADO GÓMEZ**: Muchas gracias.

Señorías, las adicciones son un problema de salud pública de primer orden. No afectan únicamente a quienes la padecen, sino también a sus familias, sus entornos y al conjunto de la sociedad. Generan sufrimiento personal, impacto social y costes sanitarios y económicos importantísimos. Además, arrastran todavía un fuerte estigma que dificulta el acceso a los recursos disponibles y retrasa, en demasiadas ocasiones, la atención adecuada.

Votaremos a favor de esta necesaria proposición no de ley. Lo hacemos porque la iniciativa es coherente con la estrategia que el Ministerio de Sanidad viene desarrollando desde hace años en el ámbito de las adicciones y porque responde a una necesidad real: conocer mejor qué servicios existen, cómo funcionan y cómo garantizar que lleguen en condiciones de equidad a toda la ciudadanía.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones y su plan de acción ya contemplan la elaboración de catálogos de servicios como instrumentos claves para mejorar la calidad, evaluar resultados y detectar desigualdades territoriales. Nuestro país dispone de una red amplia y diversa de recursos, gestionados en gran medida por las comunidades autónomas, en colaboración con entidades locales y el tejido asociativo. Esta diversidad nos parece positiva, pero también puede generar diferencias difíciles de justificar si no se puede compartir y sistematizar la información.

Gracias a trabajos recientes, como el Atlas de Adicciones, impulsado con apoyo del Plan Nacional sobre Drogas, sabemos que la información sobre servicios puede ser más eficiente al unificar las diferencias terminológicas, la definición de prestaciones y mejorar las dificultades para comparar dispositivos entre territorios. Por eso, disponer de un catálogo avanzado, actualizado y accesible ordenará esa información, identificando carencias y compartiendo buenas prácticas. De esa forma, lograremos orientar mejor las políticas públicas.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 23

No se trata solo de hacer un inventario, señorías; se trata de generar una herramienta útil para profesionales, gestores responsables públicos y, muy especialmente, para las personas afectadas, por supuesto, y sus familias. Aunque ya existen instrumentos en marcha, como la base de datos de recursos asistenciales «Ayuda Cerca de ti», que facilita encontrar centros y dispositivos de ayuda, entendemos que la respuesta ante una evolución del fenómeno de las adicciones nos exige dar un paso más. Debemos mejorar la precisión, sistematización y la visión integral de los servicios ya existentes.

Este catálogo avanzado puede contribuir también a reforzar la coordinación entre el ámbito sanitario y el social, algo esencial en adicciones, donde la intervención clínica debe ir acompañada de apoyo comunitario, inserción social y reducción del propio estigma. (**La señora vicepresidenta, Sánchez Sierra, ocupa la Presidencia**). Pero siempre desde el respeto al reparto competencial y mediante cooperación con las comunidades autónomas. En definitiva, hablamos de mejorar conocimiento para mejorar políticas, de reducir desigualdades territoriales, de facilitar el acceso a la atención y de situar a las personas en el centro, con información clara y recursos visibles.

Votaremos a favor, señorías.

Muchas gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Sánchez Sierra): Tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario VOX, el señor Alcaraz.

El señor **ALCARAZ MARTOS**: Muchísimas gracias, presidenta.

Señorías del Grupo Socialista, ustedes son la contradicción andante, la contradicción andante y constante en esta y en todas las comisiones, porque ustedes reivindican el localismo, la fragmentación en diecisiete trozos, diecisiete reinos de taifas, para que cuando se repartan esos diecisiete reinos de taifas puedan venir aquí, a las comisiones, y unos a otros echarse en cara cómo funciona la comunidad sobre la que gobiernan otros, pero luego traen aquí unas medidas en las que implícitamente reconocen que este troceo de la legislación, en este caso sobre este catálogo, no puede tener diecisiete reinos de taifas.

Para que vean su contradicción, en su PNL dicen ustedes textualmente: «No obstante, según el estudio Atlas de Adicciones de España, la información disponible sobre los servicios de atención a las adicciones presenta un alto grado de fragmentación territorial. España carece de un catálogo estatal que permita identificar de forma sistemática los recursos existentes y clasificarlos de manera estandarizada. Ello dificulta superar dos problemas fundamentales en la evaluación de servicios». Ustedes están reconociendo que su sistema autonómico de diecisiete reinos de taifas es un problema para cualquier catálogo y para cualquier cuestión que se tenga que tratar en adicciones. Y sigue diciendo: «La coexistencia de múltiples denominaciones para prestaciones similares obstaculiza la comparabilidad de la provisión de servicios entre comunidades y ciudades autónomas, así como con otros países».

Señorías, como les digo, ustedes son la contradicción andante. Ustedes, el único catálogo que han unificado hasta ahora es el catálogo de la corrupción y de la adicción de sus corruptos: Ábalos, Cerdán, Tito Berni, los ERE, los cursos de formación de Andalucía... Para esos sí han unificado la corrupción en España.

Por lo tanto, VOX no va a apoyar absolutamente nada que venga del Gobierno más corrupto de la historia de España y VOX pide que reviertan todas las competencias, se centralicen y esto deje de ser un patio de colegio, echándose los unos a los otros en cara lo que hacen o dejan de hacer en las comunidades.

Gracias.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Sánchez Sierra): Finalmente, y solo a efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada a la proposición no de ley, tiene la palabra, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Almodóvar

La señora **ALMODÓVAR SÁNCHEZ**: Gracias, presidenta.

Como ha procedido mi compañera anteriormente, voy a explicar una cosita. Las competencias de las comunidades autónomas en adicciones son exclusivas; son exclusivas de las comunidades autónomas, sobre todo en Extremadura, que ya te tuve que traer el catálogo que tenían en Extremadura. ¿Vale? (**Rumores**).

Sí, aceptaremos.

La señora **VICEPRESIDENTA** (Sánchez Sierra): Muchas gracias.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 24

— RELATIVA AL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ADICCIONES Y DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO PLURINACIONAL SUMAR. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 161/002906 y número de expediente del Senado 663/000209).

La señora **VICEPRESIDENTA** (Sánchez Sierra): Pasamos a la proposición no de ley relativa al abordaje integral de las adicciones y de la salud mental en el ámbito penitenciario.

Para la defensa de la iniciativa, por un tiempo de cinco minutos, tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR, el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Muchas gracias.

Para poder expresar una parte de la proposición no de ley que voy a presentar, solamente lo puedo hacer a través de una narración. Entiendo que la narración va a ser escasa para que sus señorías puedan vislumbrar la importancia real que tiene el proyecto de la Unidad Terapéutico-Educativa de Asturias. Por ello, a parte de la intervención, me gustaría trasladar una invitación formal a la Comisión de Adicciones a conocer, *in situ*, en el Centro Penitenciario de Villabona, el proyecto de la Unidad Terapéutica-Educativa.

En el año 1992, en la antigua prisión de Oviedo, un educador, Faustino Zapico, y una trabajadora social, Begoña Longoria, comenzaron, junto con un pequeño grupo de internos de prisión, a trabajar en una realidad muy difícil, que era un módulo en la prisión. Los procesos de acompañamiento y de trabajo educativo y terapéutico eran muy complicados en entornos donde había una alta conflictividad y donde, además, el consumo de sustancias, el consumo de drogas dificultaba ese trabajo terapéutico.

Se empezó a trabajar con una metodología determinada en un espacio libre de drogas. El proyecto fue creciendo y se fueron incorporando más profesionales de forma paulatina en estos procesos, conformando un modelo de intervención terapéutica que ha tenido un impacto enorme —hay evidencia científica y varias publicaciones que testimonian ese trabajo— y también se ha extendido a otros centros penitenciarios en nuestro país. El proceso se desarrolla también en otros módulos, diversificando las atenciones: no solamente libres de drogas, sino incorporando otro tipo de tratamientos integrales y diversas modalidades en la atención a las adicciones.

El proyecto básicamente trabaja con dos elementos clave: procesos de transformación que no solo involucran a las personas internas, sino también a los trabajadores de los equipos profesionales. Se reconoce la potencialidad, la calidad profesional y humana de quienes trabajan en el ámbito penitenciario, con especial referencia al grupo de vigilancia, que realizan un trabajo clave en el colectivo penitenciario, y se reconoce el trabajo de las personas internas, siendo sujetos activos en su proceso de cambio personal.

Tuve la oportunidad, en años anteriores, de trabajar en diferentes experiencias formativas en salud pública con la unidad terapéutica, y el encuentro de ambos colectivos —el colectivo de funcionarios y el colectivo de internos— genera un espacio totalmente diferente a lo que estamos acostumbrados a entender que es una prisión.

Los objetivos que ha desarrollado esa intervención suponen romper la subcultura carcelaria, establecer procesos de acompañamientos terapéuticos y educativos para unos y para otros, tomar conciencia y responsabilidad sobre las carencias y déficits personales que han llevado al delito, establecer entornos de promoción de la salud y entornos protectores de la salud —no solamente para las adicciones, sino de forma global para otro tipo de intervenciones— y una intervención educativa integral que tiene en cuenta la importancia de la reinserción como un proceso continuo, es decir, es un espacio que empieza en prisión, pero que se completa en la sociedad con la salida del interno a la calle y con el apoyo de diferentes recursos terapéuticos. Parte de la proposición no de ley tiene como objetivo visibilizar, ampliar y escalar ese tipo de intervenciones a otros centros terapéuticos.

Lo otro tiene relación con salud mental y adicciones. La prevalencia de salud mental en personas internas en prisión es muy alta, casi el 40% —según algunos datos—, por las diferentes circunstancias previas e internas en prisión. Esto va ligado a una dificultad en la atención sanitaria, algo que ocurre en la mayoría de nuestras prisiones. En Asturias, concretamente, hace unos meses hemos realizado un trabajo con la Sección Sindical de Instituciones Penitenciarias de Comisiones Obreras, donde se pone de relieve la falta de plazas sanitarias que tienen ahora mismo nuestras prisiones, claramente vinculado a la no transferencia completa de competencias desde el Estado a las comunidades autónomas, lo que hace que el personal sanitario de prisiones no esté integrado en los sistemas sanitarios de salud autonómicos. (**El señor presidente ocupa la Presidencia**). Se han dado y se continúan dando pasos en este sentido.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 25

El Comisionado de Salud Mental ha incorporado esta intervención en el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Asimismo, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se ha integrado recientemente en el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Mental.

Concretamente, la proposición no de ley que presentamos tiene, por tanto, dos medidas: una, impulsar de forma urgente la transferencia e integración de la sanidad penitenciaria en los servicios autonómicos de salud, tal como se preveía en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la disposición adicional sexta; y la segunda, promover de forma activa la extensión de modelos similares a las unidades terapéuticas y coactivas, como se ha realizado en el Centro Penitenciario de Villabona, incorporando una perspectiva de salud pública de prevención y de reducción de daños, y mejorando la coordinación entre instituciones penitenciarias, entre servicios públicos de salud y entre dispositivos comunitarios, garantizando itinerarios terapéuticos y acompañamientos a las personas internas.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

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

A continuación, en defensa de la enmienda presentada, por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra, por parte del Grupo Parlamentario Socialista, la señora Andrés.

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Muchas gracias, presidente.

Buenos días, señorías.

Muchas gracias, señor Cofiño, por la iniciativa, porque nos permite reconocer la labor de la UTE de Villabona, un referente en modelo penal de reinserción social, pero, sobre todo, porque nos permite reconocer la labor de todos los profesionales sanitarios que trabajan en prisiones y por la complejidad del estado de salud de los pacientes, ya que muchos de ellos presentan problemas de salud mental. Como usted decía, el 34,8% de la población penitenciaria refiere haber sido diagnosticada y un 75% de la población reclusa ha padecido adicciones antes de su entrada en la prisión, y muchos de ellos continúan teniéndolas.

Esta complejidad de condiciones en las que desarrolla su trabajo el personal sanitario se ven afectadas por necesidades de plantilla y también de mayor coordinación con el Sistema Nacional de Salud. Necesidades ambas que se derivan de la falta de integración de la sanidad penitenciaria en los servicios de salud de las comunidades autónomas, como reiteran constantemente las organizaciones médicas y de profesionales sanitarios; las organizaciones sindicales y también el Defensor del Pueblo.

Si la mayor coordinación entre niveles asistenciales es un reto en todo el Sistema Nacional de Salud y la integración sociosanitaria es un reto en la salud mental, en el ámbito penitenciario el reto sigue siendo la integración de los servicios sanitarios en los servicios de sanidad de las comunidades autónomas, en todas, a excepción de Euskadi, Cataluña y Navarra. A pesar de lo que ya mandataba la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003, llevamos más de veinte años esperando esta integración por la complejidad que conlleva.

El Proyecto de Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que se encuentra ahora mismo en esta Cámara, lo aborda de nuevo y pedimos ya el apoyo de todos los grupos parlamentarios para lograr su tramitación parlamentaria. Por lo menos, pedimos el apoyo de todos aquellos que se implicaron y contribuyeron en elaborar las conclusiones y recomendaciones de la subcomisión para mejorar la protección, promoción y atención integral de la salud mental, que en su conclusión 13 decía: «Resulta imprescindible que se avance en la integración de los servicios de salud mental internos de la prisión con los dispositivos sanitarios y sociosanitarios del sistema público, desde una perspectiva comunitaria que fomente la participación de las personas reclusas y de sus familias, poniendo en marcha programas de rehabilitación psicosocial que promuevan la autonomía personal y aminoren el sufrimiento mental de las personas encarceladas». Igualmente, aboga por la transferencia de las competencias sanitarias de las instituciones penitenciarias a las comunidades autónomas.

Después de estos más de veinte años, la transferencia es urgente y requiere también de nuestro compromiso como parlamentarios y parlamentarias y de toda nuestra implicación para hacerla realidad. Es el derecho a la salud, a la salud mental, y el derecho de los profesionales sanitarios a trabajar en condiciones dignas, las más favorables para que se vea reconocido su trabajo en forma de mejora de la salud de las personas internas en prisiones, en este caso.

Gracias. (**Aplausos**).

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 26

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Andrés.

En turno de fijación de posiciones, en nombre de sus respectivos grupos parlamentarios, tiene la palabra el señor Alcaraz, en nombre del Grupo Parlamentario VOX.

El señor **ALCARAZ MARTOS**: Muchas gracias, presidente.

Las personas que puedan estar viendo o vayan a ver esta comisión, todos esos españoles, que la mayoría son gente de bien, que no cometan delitos, que son honrados, pagan sus impuestos, son familias, trabajadores autónomos, etcétera, pensarán que en esta comisión vamos a tratar uno de los problemas de salud que están teniendo. El propio Centro de Investigaciones Sociológicas, hace unos días —el 7 de febrero—, dijo que dos de cada diez españoles han necesitado atención por problemas de salud mental en el último año. Además, pone el acento en que el tiempo medio de espera para la primera consulta para detección especializada en salud mental es de 108,95 días: casi 110 días. (**Muestra un documento**). Claro, pensarán que estamos en esta comisión para solucionar los problemas de esas personas que realmente cumplen con la ley y que merecen que sus impuestos vayan a darles prioridad. Pues no, no va para ellos. De hecho, incluso hay indignación también estos días por parte de las víctimas y familiares de Adamuz, porque Renfe reduce la ayuda psicológica a los del accidente producido con el Gobierno más corrupto. (**Muestra un documento**).

Lo que este Gobierno socialcomunista viene a traernos es una PNL, no para ayudar a todos estos españoles, en este caso a las víctimas del tren de Adamuz, no a las 1233 víctimas que han dejado los delincuentes sexuales que han salido a la calle por su ley del sí es sí, no traen una iniciativa para tratar a las mujeres que están pasando por un trauma psicológico al ver que sus agresores sexuales o violadores salen a la calle y no traen una medida para que las víctimas del sanguinario terrorista Txeroki —cuya excarcelación ha acelerado el Partido Socialista— puedan tener una atención prioritaria. No traen esa iniciativa. Traen una iniciativa a favor de los etarras, de los violadores y de los asesinos que están en la cárcel, para que tengan una mejor atención sanitaria y sociológica. (**Rumores**).

Así es. La atención psicológica que necesitan esos terroristas es el cumplimiento íntegro de las penas y no las bondades que traen aquí, haciendo perder el tiempo y el dinero a los españoles y priorizando y dando beneficios a los delincuentes que generan inseguridad con su Gobierno corrupto.

Gracias.

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

Por parte del Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Velasco.

La señora **VELASCO MORILLO**: Muchas gracias, presidente.

Señorías, el Grupo Parlamentario SUMAR nos presenta una iniciativa relacionada con el abordaje integral de las adicciones y la salud mental en el ámbito de la sanidad penitenciaria; un tema en el que podríamos estar de acuerdo en buscar soluciones para mejorar la salud mental en este ámbito y dar visibilidad al gran trabajo de los sanitarios. Los datos así lo indican y se ha hablado ya de ello.

Es importante conocer cómo es la asistencia sanitaria en el ámbito penitenciario, atendiendo a las características del centro. El equipo especializado multidisciplinar, muy mermado por el déficit de sanitarios, debe ocuparse de los casos de adicciones, del seguimiento de los casos graves, incluidas las adicciones, de generar espacios de rehabilitación para los pacientes con trastorno mental severo y de coordinarse con la red de servicios comunitarios para el seguimiento y la gestión del caso. Esta es la realidad que nos trasladan los sanitarios.

Señor Cofiño, estamos en la Comisión mixta para el estudio de los problemas de las adicciones, pero, a través de esta iniciativa, buscan una segunda intención: que la sanidad penitenciaria la asuman las comunidades autónomas. Esta insistencia de su grupo no es nueva en esta Cámara. Ya la han llevado a otras comisiones e incluso la aprobaron. ¿Dónde está la hoja de ruta que aprobaron esas iniciativas? Señorías de SUMAR, les pregunto: ¿se han puesto en contacto con el Ministerio del Interior para saber qué es lo que necesita el Sistema Nacional de Salud para asumir estas transferencias a las comunidades autónomas? ¿Se han puesto de acuerdo los ministros de Sanidad y de Interior para saber cuál es la situación por la que pasa la sanidad penitenciaria?

Señorías, da la impresión de que no y, además, están demostrando un desconocimiento absoluto de cómo está la sanidad penitenciaria instando al Gobierno a desarrollar la normativa requerida para transferirla a las comunidades autónomas. Y se les ha olvidado añadir: abonando previamente la deuda del Gobierno a las comunidades autónomas.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 27

Señorías, la Ley Orgánica General Penitenciaria diseñó un modelo de atención propio, independiente y autónomo, a cargo de las instituciones penitenciarias, integrado dentro de la Administración sanitaria, dependiente del Ministerio de Interior, al margen del sistema sanitario, y diseñado para cubrir todas las necesidades sanitarias de los internos. La Ley General de Sanidad reconoce un modelo mixto en el que la prestación de la asistencia sanitaria se llevará a cabo por instituciones penitenciarias con sus propios medios o, cuando no se disponga de ellos, por medios concertados y la asistencia especializada se prestará a través del Sistema Nacional de Salud.

Hoy en día la realidad es que no solo se está concertando la asistencia especializada,—por cierto, servicios con importantes cantidades pendientes de abonar a las comunidades autónomas—, sino que también están concertando la asistencia primaria con la privada porque no disponen de médicos para cubrir esta asistencia. Se ve con las convocatorias públicas que se hacen. Se les llena la boca en los debates públicos de hablar en contra de estos conciertos, pero a la hora de la verdad no les queda más remedio que hacerlos si queremos dar una prestación sanitaria a los reclusos. La situación de falta de médicos en España está generando retrasos en la asistencia sanitaria, cuestión que parece importarles muy poco a pesar de los informes que recoge el propio Ministerio de Sanidad, afectando también, por supuesto, a la sanidad penitenciaria. Reconocen el déficit, pero no ponen las soluciones.

Señorías de SUMAR, hoy con esta iniciativa tendrían que haber presentado la cantidad que debe el Ministerio del Interior a las comunidades autónomas por la prestación de la asistencia penitenciaria, y mientras no salden la deuda que el Ministerio del Interior ya tiene con las comunidades autónomas por la atención prestada, no doten económico al servicio y, sobre todo, no haya los recursos humanos necesarios para poder hacer esta transferencia, no vamos a apoyar esta iniciativa. La falta de profesionales sanitarios lleva a que la sanidad penitenciaria no preste la atención que necesitan los recursos ni en el ámbito de la salud mental ni en ninguno de los ámbitos de atención, empezando por la prevención.

Quiero agradecer desde aquí, en nombre de mi grupo, a los sanitarios de la sanidad penitenciaria todo su trabajo, y también a los de Villabona, por supuesto.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Velasco.

Finalmente, a efectos de aceptar o rechazar la enmienda presentada en la proposición no de ley, tiene la palabra, en nombre del grupo parlamentario autor de la iniciativa, el señor Cofiño.

El señor **COFIÑO FERNÁNDEZ**: Aceptamos.

El señor **PRESIDENTE**: Dice que acepta, ¿no? (**Asentimiento**). Vale.

PROPOSICIONES NO DE LEY. (VOTACIÓN).

El señor **PRESIDENTE**: Con esto termina la sesión y procedemos a la votación. Creo que, por rapidez, es mucho mejor hacerlo a mano alzada y así es menos lioso con el tema de los marcadores, que estos siempre son complejos.

Vamos a empezar con las votaciones.

En primer lugar, votamos la primera proposición no de ley sobre bebidas energéticas. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista.

Se vota en los términos de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista, que creo que les han repartido.

Comienza la votación.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 34; en contra, 2.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Proposición no de ley número 2, relativa a la reinserción social de personas que han superado una adicción a las drogas. El autor es el Grupo Parlamentario VOX.

Se vota en sus términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 20; en contra, 16.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 138

10 de febrero de 2026

Pág. 28

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos a la proposición no de ley número 3, por la que se insta al Gobierno a la adopción de determinadas medidas de prevención y tratamiento de la ludopatía *online*. El autor es el Grupo Parlamentario Popular en el Senado.

Se vota en los términos de la autoenmienda presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; abstenciones, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al cuarto punto, proposición no de ley relativa al desarrollo de la prevención y tratamiento de los trastornos del espectro alcohólico fetal. El autor es el Grupo Parlamentario Popular.

Se vota en sus términos. (**La señora Delgado Gómez**: No deberíamos, pero bueno...)

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 35; abstenciones, 1.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada, con una portavoz que dice que no debería, pero lo hace a favor. (**Risas**).

Pasamos al quinto punto, proposición no de ley relativa a la mejora del sistema de autoprohibición como medida preventiva ante la adicción al juego. El autor es el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Se vota en sus términos.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 18; abstenciones, 18.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Pasamos al punto número 6, proposición no de ley por la que se insta al Gobierno a elaborar un catálogo avanzado de servicios en el ámbito de las adicciones en España. El autor es el Grupo Parlamentario Socialista.

Se vota en los términos de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario Socialista.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 34; en contra, 2.

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada.

Por último, pasamos a la última proposición no de ley, relativa al abordaje integral de las adicciones y de la salud mental en el ámbito penitenciario.

Se vota en los términos de la enmienda transaccional presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Plurinacional SUMAR.

Efectuada la votación, dio el siguiente resultado: votos a favor, 16; en contra, 20.

El señor **PRESIDENTE**: Queda rechazada.

Al no haber más asuntos que tratar, se levanta la sesión.

Era la una y tres minutos de la tarde.