



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 1991

IV Legislatura

Núm. 14

PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LA DROGA

PRESIDENTE: DON ALBERTO PEREZ FERRE

Sesión núm. 10

**celebrada el martes, 28 de mayo de 1991,
en el Palacio del Congreso de los Diputados**

Orden del día:

- Comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo (García Valverde), para informar sobre las actuaciones y nuevas medidas que su Departamento proyecte en orden a potenciar el tratamiento y rehabilitación de drogodependientes (a petición del Grupo Parlamentario Popular).
-

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

El señor **PRESIDENTE**: Buenos días, señoras y señores Senadores y Diputados.

Vamos a iniciar la sesión de la Comisión Mixta para el estudio del problema de la Droga con la comparecencia del señor Ministro de Sanidad y Consumo, don Julián García Valverde, con el fin de informarnos sobre las ac-

tuaciones y las nuevas medidas que su Departamento proyecta en orden a potenciar el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes.

Sin más preámbulos, el señor Ministro de Sanidad y Consumo tiene la palabra.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Valverde): Señor Presidente, señorías, buenos días a todos.

En primer lugar, deseo expresarles mi satisfacción por la oportunidad de estar hoy ante SS. SS. en la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio de los problemas derivados de las drogas.

Me han precedido en estas comparecencias varios Ministros del Grupo interministerial del Plan Nacional sobre Drogas, el Delegado del Gobierno para el Plan y otros altos cargos, lo que ha permitido analizar aspectos concretos y sectoriales. Por ello, hoy voy a plantear en mi intervención una visión global del problema, de sus posibles soluciones, así como de aquellos aspectos que guardan relación directa con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Atendiendo a una resolución del Congreso de los Diputados, el Gobierno aprobó, el 24 de julio de 1985, el Plan Nacional sobre Drogas, así como la creación de un Grupo interministerial constituido por los Ministerios de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social, Justicia e Interior, al que, posteriormente, se incorporaron los de Asuntos Sociales y Educación. Se encomendó su coordinación al Ministerio de Sanidad y Consumo y, al mismo tiempo, se constituyó la Delegación del Gobierno, que tiene como misión la de potenciar, coordinar y estimular todas las acciones que se desarrollen en el marco del Plan.

Nos encontramos en el sexto año de aplicación de este Plan, y creo, por tanto, que es una buena ocasión para realizar una evaluación y hacer algunas propuestas adicionales. El informe final de esta Comisión Mixta nos servirá asimismo de aportación a este análisis y permitirá potenciar aún más el Plan Nacional sobre Drogas.

Este Plan no es únicamente de la Administración central, de las Comunidades Autónomas o de las organizaciones no gubernamentales. Es el resultado de la acción de estos tres elementos. Entendemos que en un tema de estas características no pueden existir políticas ni acciones de las Administraciones y de las entidades privadas que no se enmarquen en el consenso y en la corresponsabilidad. Si en algún asunto no puede existir partidismo ni electoralismo, es justamente en la respuesta que hay que dar al problema de las drogas.

El grado de coincidencia y de corresponsabilidad que se ha dado durante estos años en el marco del Plan es más que satisfactorio. Durante su período de aplicación y desarrollo se ha reforzado la idea de que ante este problema, tan sólo el acuerdo y la colaboración de todos nos permite augurar soluciones.

La conferencia sectorial, que está integrada por los Ministros del Grupo interministerial y por los consejeros designados por el Presidente de cada Comunidad Autónoma, coordina la relación con las Comunidades Autónomas y se aprueban las prioridades anuales del Plan. Hasta la fecha, se han celebrado ocho conferencias sectoriales y en todas ellas las prioridades han sido aprobadas siempre por unanimidad.

La coordinación con las organizaciones no gubernamentales se realiza mediante una asamblea en la que participan todas las entidades de ámbito estatal que guardan relación con las actuaciones del Plan, a través de una Comisión Mixta constituida por la Delegación del Gobier-

no y las organizaciones no gubernamentales, que se reúne periódicamente y donde se abordan las cuestiones derivadas del desarrollo del Plan. Las entidades no gubernamentales participan también en la concreción de las prioridades anuales. Las importantes responsabilidades adquiridas a nivel internacional y la necesidad de dotar a la Delegación del Gobierno de mayor capacidad ejecutiva, llevaron a su reestructuración. Ello se llevó a cabo mediante un Real Decreto recientemente aprobado.

Pasemos a analizar a continuación la situación actual y, en primer lugar, las tendencias del consumo. Para conocer las tendencias del consumo de drogas y sus consecuencias en España utilizamos básicamente tres fuentes de información: el sistema estatal de información sobre toxicomanías, las encuestas por entrevista, y la información suministrada por las Fuerzas de Seguridad del Estado y la Dirección General de Aduanas.

De las conclusiones de las encuestas realizadas entre 1985 y 1990, aunque su valor sea necesariamente relativo, se extraen los siguientes datos. El consumo de «cannabis» está bastante extendido entre la población juvenil; una buena parte de su consumo es de tipo social y permanece relativamente estable. Las restantes drogas ilegales son consumidas por una minoría de la población. Las tasas de consumo de anfetamina, cocaína y alucinógenos —medidas en los 30 días anteriores a la entrevista— son superiores a las de heroína. Este hecho tiene especial importancia porque, a pesar del descenso del consumo de la heroína, sigue siendo la droga a la que se debe la gran mayoría de problemas: muertes por intoxicación aguda, urgencias hospitalarias, enfermedades infecciosas, alteraciones de la convivencia social, etcétera.

El sistema estatal de información sobre toxicomanías es un sistema de notificación basado en tres indicadores: admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y muertes provocadas por drogas. Este sistema fue diseñado para obtener datos, tanto estatales como autonómicos, sobre la evolución del consumo de heroína y cocaína. Cada vez es mayor el número de drogodependientes que acuden al sistema asistencial, como revela la cantidad de casos que han iniciado tratamiento. Estos eran de 10.338 en 1987, y han superado los 25.000 en 1990. Tanto el ingreso al tratamiento como los casos de urgencia, estuvieron relacionados, en más del 95 por ciento, con el consumo de heroína. No obstante, el porcentaje de casos relacionados con la cocaína y opiáceos diferentes a heroína o metadona, aumentaron aunque con diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas.

De los consumidores de droga atendidos, el 75 por ciento de los casos, tenía de 20 a 30 años, y la media de edad aumentó entre 1987 y 1990. Estos datos revelan claramente un envejecimiento de los consumidores de heroína y cocaína. La distribución por sexo fue muy estable, con proporciones hombre/mujer de 4 a 1. los motivos de consulta más frecuentes en las urgencias hospitalarias son los problemas orgánicos, principalmente enfermedades transmisibles y el síndrome de abstinencia. Por tanto, el porcentaje de casos debido a patologías orgánicas ha aumentado, desde 1987 a 1990, en un 13 por ciento.

El estudio retrospectivo realizado en el marco del sistema estatal de información sobre toxicomanías, en relación con las muertes por reacción aguda atribuibles directamente a una droga, revela los datos siguientes. La tasa de mortalidad por reacción aguda aumentó cinco veces entre 1983 y 1987. La droga encontrada con más frecuencia, en las muestras analizadas, el 94 por ciento, fue morfina o sus metabolitos, es decir, productos de la heroína. La edad media de los fallecidos fue de 26,2 años, observándose un progresivo aumento a lo largo de este período. La mortalidad por intoxicación aguda tras el consumo sigue siendo la primera causa de muerte entre usuarios de droga, pero está igualándose al sida como causa de muerte últimamente. Este estudio ha sido realizado, entre 1983 y 1989, en seis ciudades: Madrid, Barcelona, Valencia, Zaragoza, Sevilla y Bilbao.

Veamos ahora algunos datos y reflexiones sobre la problemática del sida relacionada con el uso de drogas. El consumo de droga por vía parenteral da lugar a diferentes problemas de salud como dependencia, los efectos diversos y específicos de cada grupo de sustancias, y los que no son achacables a las sustancias sino a determinados hábitos relacionados con las enfermedades infecciosas, tales como abscesos, endocarditis y, sobre todo, la hepatitis y las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana.

En la segunda mitad de los 80, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana ha desplazado a otras, no porque aquéllas hayan desaparecido, sino por la extensión, la gravedad, los costos derivados de la atención sanitaria y la percepción social del sida.

Los casos de sida representan el final de la evolución de la infección. El tratamiento en esta época es más costoso y con menores posibilidades de éxito. Aunque cada vez se dispone de mejores terapias y se consigue tiempo de supervivencia más largo y una más alta calidad de vida, el número de muertes sigue aumentando. Hoy se puede afirmar que, desde el momento de la infección hasta la aparición de la sintomatología del sida, transcurren más de diez años. Por ello, los futuros casos de sida derivarán de las poblaciones ahora infectadas pero todavía sin sintomatología clínica.

Igualmente, se ha observado que alrededor del 30 por ciento de los tratamientos de urgencia se debe a complicación orgánica asociada. Cuando se analiza la mortalidad, los problemas infecciosos relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral adquieren cada vez mayor importancia. La influencia de este problema en la morbilidad y la mortalidad global de los drogodependientes es igual o superior a la derivada exclusivamente de los efectos de las sustancias de consumo.

El sida afecta principalmente a la población adicta a la droga. Según el registro nacional de casos de sida, el 70 por ciento de los notificados en España entre 1981 y 1990 correspondía a consumidores de droga por vía parenteral o grupos relacionados. Su distribución por edad y sexo, de los casos de sida en drogodependientes, es muy parecida a la distribución del grupo de consumidores de

drogas conocidos por el sistema estatal de información sobre toxicomanías.

Según los datos notificados al Centro europeo para la vigilancia epidemiológica del sida, referidos a 32 países europeos, España ocupa uno de los tres primeros lugares, junto con otros países mediterráneos, en cuanto al número de casos de sida notificados, a tasa de incidencia acumulada y a porcentaje de casos relacionados con el consumo de drogas.

Según un estudio realizado por la Delegación del Gobierno, la seropositividad aumenta con la edad y la antigüedad del uso de la vía parenteral. A pesar de que el nivel de conocimientos sobre los mecanismos de transmisión del virus es bueno, no se traduce de forma automática conductas correctas. De hecho, torno a un 30 por ciento de los que utilizaron la vía parenteral compartían sus jeringuillas habitualmente y tan sólo un 20 por ciento utilizaba preservativos. Aún así estos datos deben considerarse alentadores ya que, en 1986, una encuesta revelaba que sólo un 10 por ciento no compartía nunca el material de inyección.

Señorías, de todo lo que he planteado hasta ahora se deduce que la agresividad del sida ha modificado la actitud de la sociedad ante las drogas y la de los drogodependientes. Así, en 1985 tan sólo un 7 por ciento de los toxicómanos que iniciaban tratamiento consumían la heroína de forma fumada o inhalada, pero hoy ya el 37 por ciento se realiza por estas vías.

Los estudios revelan que los consumidores de heroína perciben una mayor dificultad para abandonarla que los consumidores de otras drogas, y a mayor frecuencia de consumo existe un mayor deseo de iniciar tratamiento.

Los datos apuntan hacia una posible finalización del índice expansivo de la epidemia. Por ejemplo, se observa que la edad media de los enfermos ha aumentado. Esto revela un envejecimiento de los consumidores de heroína lo que, unido al hecho de que no se ha producido un aumento paralelo de la edad media de inicio en el consumo, permite considerar que se está produciendo una disminución de la entrada de nuevos consumidores.

En cuanto a la cocaína, podemos deducir que mientras los decomisos han aumentado de forma más que notable, por ahora la repercusión sanitaria de su consumo es poco relevante.

La utilización de servicios asistenciales, es decir, centros de tratamientos de drogodependencias y urgencias hospitalarias, y las consecuencias adversas detectadas (infecciones, muertes) parecen relacionarse hasta ahora casi siempre con el consumo de heroína y, en muy pocas ocasiones, con el consumo de cocaína. El inicio en el consumo de cocaína y el comienzo de tratamiento por dependencia de esta droga se produce a edades más elevadas que en el caso de la heroína.

Recientemente se ha detectado un aumento de las urgencias hospitalarias, que se han incrementado de un 0,8 por ciento, en 1987, a un 2,4 por ciento, en 1990, por problemas relacionados con la cocaína; aunque en la mayoría de los casos son heroínómanos que además consumen cocaína, están apareciendo los casos relacionados única-

mente con el consumo de cocaína. Podríamos concluir afirmando que las consecuencias del consumo de la heroína superan al propio consumo, mientras que en el caso de cocaína el consumo supera hoy con mucho sus consecuencias.

Pasando a analizar las tendencias del tráfico, diremos que la información sobre las tendencias del tráfico de drogas se basa en el número de detenidos por tráfico ilícito, en el número de actos de decomisos y en las cantidades decomisadas de las principales sustancias objeto de tráfico ilícito.

Entre 1985 y 1989, se duplicó el número de personas detenidas, se triplicó el número de decomisos y aumentaron las cantidades decomisadas de las principales drogas ilícitas. Entre 1987 y 1989, el 98 por ciento del hachís y de heroína decomisados se obtuvieron en el 10 y 12 por ciento, respectivamente, de las detenciones. En el caso de la cocaína, las acciones están siendo cada vez más selectivas, es decir, dirigidas a grandes traficantes, ya que el 98 por ciento de las cantidades decomisadas en los últimos tres años se obtuvo del 30 por ciento de los detenidos. En 1990, la cantidad de cocaína decomisada se ha triplicado respecto del año anterior. Las cantidades decomisadas de heroína y hachís han permanecido estables y ha disminuido el número de detenidos, mientras que en estos primeros cuatro meses de 1991 se confirma esta tendencia. En el porcentaje que representan los detenidos, o los decomisos por cada tipo de drogas sobre el total de detenciones o decomisos, se aprecia un descenso relativo del «cannabis» y un aumento importante de la cocaína. Por último, cabe señalar que desde el verano de 1987 se han venido realizando las primeras detenciones de personas en posesión de drogas de diseño.

Una de las cuestiones que está demostrándose de vital transcendencia es la investigación del blanqueo de dinero procedente del tráfico de drogas. En este sentido, estamos ultimando la creación de un organismo específico de apoyo a la Fiscalía Especial, que permite agilizar y dotar de mayor eficacia a las acciones emprendidas. Quisiera destacar que, hasta la fecha, la colaboración, tanto con la Asociación Española de Banca como con la Confederación Española de Cajas de Ahorros, es total, y estoy convencido de que en los próximos meses veremos sus frutos.

Pasando a analizar la situación legal, quisiera, en primer lugar, clarificar algunas cuestiones suscitadas en la opinión pública y que requieren, a mi entender, una explicación algo detallada. La Ley de 1983 no despenalizó la tenencia de drogas no destinadas al tráfico; se limitó a recoger, con mejor técnica jurídica que la Ley de 1971, la jurisprudencia que al respecto se había acumulado durante años anteriores. Como ejemplo, les cito las sentencias del Tribunal Supremo de 2 de julio, 21 y 22 de diciembre de 1979; y 10 de junio de 1980, que textualmente dicen: Cuando las acciones que se describen en la tipología general, incluida la tenencia, están destinadas al autoconsumo no tienen entidad delictiva. En marzo de 1988, se publica la Ley orgánica 1/1988, que modifica el artículo 344 del Código Penal y que supone un avance, en comparación con las legislaciones europeas, en su alcance y

en su contenido. En ese momento, España es el país de la Comunidad Europea que impone penas más severas a los delitos relacionados con el narcotráfico; es el único país que tipifica como delito la receptación que, según amplios sectores de la doctrina jurídica, supone un precedente del delito de blanqueo, y es de los pocos países miembros de la Comunidad Europea que permite el decomiso de bienes blanqueados.

En relación con la penalización del consumo, quisiera indicarles que la práctica judicial de diversos países europeos la relativiza de forma clara. Así por ejemplo, Dinamarca y los Países Bajos no persiguen penalmente ni la posesión, ni el consumo de «cannabis». En Alemania, los Tribunales no persiguen tales conductas, cualquiera que sea la sustancia, siempre y cuando la cantidad sea pequeña. En Luxemburgo, los jueces imponen una simple amonestación en el caso de los no reincidentes. En Portugal, se exime de pena al menor de 21 años. En Grecia, se exime de pena al toxicómano que comete delito de consumo. En Francia, se opta por orientar a los programas terapéuticos carácter previo a la imposición de las penas. En Suecia, se exime de pena al consumidor que solicita tratamiento.

En cuanto a la diferenciación en razón de la peligrosidad de las sustancias, varios países la contemplan en sus legislaciones mediante fórmulas distintas. Por ejemplo, Países Bajos alude a las sustancias que presenten un peligro inaceptable. Reino Unido, incorpora tres tablas e incluye en cada una distintas sustancias en orden de novidad. En Italia, se sigue también el sistema de listas clasificando las sustancias sometidas a control en cuatro tablas. En Portugal, se distingue entre narcóticos y sustancias psicotrópicas. En Noruega, se diferencian las sustancias denominadas muy nocivas del resto. Por último, en Irlanda se distingue entre las drogas duras del «cannabis» y se establecen diferentes sanciones para los delitos relativos a unas y a otras. Con todo ello, quisiera destacar que España ajusta su estrategias normativas a las exigencias que plantea el fenómeno social de la droga.

Pasando a las acciones relativas a la disminución de la demanda, diría que, en primer lugar, la reducción de la demanda constituye —creo, y estoy seguro de que estamos todos de acuerdo— una de las principales metas y objetivos que debemos plantearnos. ¿Por qué hay tantas personas que incurrir en la drogodependencia? ¿Es que el avance hacia una sociedad abierta, más desarrollada, de mayor autonomía individual y social, de mayor nivel tecnológico, implica necesariamente el aumento del consumo de determinadas sustancias? De otro modo, ¿es que el fenómeno del uso de drogas es parte del precio que debe pagar una sociedad que se desarrolla económicamente y se dota a la vez de las mayores cotas de libertad? Si esto fuera así, realmente el progreso económico y político tendría un alto coste en forma de destrucción de la libertad individual y de la integridad física de los drogodependientes. Por tanto, tenemos que rechazar la tentación de aceptar que las cosas sean inevitablemente así.

La existencia de un paro involuntario persistente, la marginación social, las desigualdades educativas, la no

equiparación de oportunidades, y nuevas formas de pobreza humana, están relacionadas con buena parte de la demanda de drogas, por lo que todos los esfuerzos en este terreno redundan positivamente en la reducción de las drogodependencias. La lucha contra la demanda de drogas es una tarea colectiva, participativa a largo plazo, en la que no caben soluciones simples y fáciles. Su enfoque ha de ser equilibrado y realista, ni indiscriminadamente represivo por razones sanitarias o de orden público; ni excesivamente protector y comprensivo argumentando que el drogodependiente es siempre una víctima de otros; ni pesimista aceptando como hecho que cada drogodependiente hace con su cuerpo lo que desea, y que las medidas preventivas o rehabilitaciones suelen tener un éxito limitado.

Podemos desalentar el consumo con medidas de precisión sobre el drogodependiente, por supuesto que desde el estricto respecto a los derechos individuales, pero también con firmeza teniendo muy en cuenta los de la mayoría de los ciudadanos. Por ejemplo, es razonable disuadir con sanciones administrativas el consumo público de drogas que es totalmente contrapreventivo o pone en riesgo sanitario, a través de jeringuillas abandonadas, a otros ciudadanos. Como SS. SS. conocen, se está ultimando un proyecto de ley en el que se contempla claramente esta cuestión. También es razonable evitar riesgos para terceros, derivados del ejercicio de muchas profesiones bajo el efecto perturbador de sustancias psicotrópicas, dificultando a los drogodependientes el acceso a ellas.

En los últimos años se ha producido un aumento progresivo de los recursos destinados a la prevención por parte de las Comunidades Autónomas. Los tres principales sectores de intervención son la escuela, la comunidad y el lugar de trabajo. Tal como ya les refirió el Ministro de Educación y Ciencia, durante el año 1988 se firmó un convenio de colaboración en educación para la salud entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, y el de Educación y Ciencia. Este convenio, aplicado en este curso escolar por segunda vez, desarrolla tres tipos de actuaciones. En primer lugar, programas de formación en prevención del uso indebido de drogas. Se ha desarrollado un curso de actualización científica sobre educación para la salud dirigido a los coordinadores provinciales, y, otro, para los responsables docentes y sanitarios de los proyectos de colaboración. Además de estos cursos específicos se han celebrado seminarios, jornadas, encuentros; en total, más de 200 actividades y con más de 5.000 participantes.

En segundo lugar, los proyectos de colaboración entre centros educativos y equipos de atención primaria, que se desarrollan en el territorio del Ministerio de Educación y Ciencia. Actualmente están en marcha 16 proyectos, cuyo objetivo es que la educación para la salud quede integrada en los centros de forma permanente y estable. Se desarrollan, además, actividades puntuales en centros escolares como jornadas de difusión y sensibilización, y cursos con el fin de sensibilizar a la juventud y a la sociedad.

Un aspecto a destacar en estos programas es el fomento de la participación de los padres de los alumnos en las actividades de prevención de las drogodependencias. Para

ello, se han celebrado actos, como jornadas y reuniones, en los centros que lo han demandado y en los que han participado más de 1.500 padres de alumnos.

El tercer aspecto de este convenio es el diseño de materiales didácticos para incorporar la educación para la salud al currículum. Se ha iniciado un plan de publicaciones para atender a las necesidades que la reforma educativa va a plantear a los docentes. Este plan se concreta en la edición de guías, fichas y soportes audiovisuales dirigidos, tanto al profesorado como a los alumnos. Creo, señorías, que las generaciones más jóvenes rechazan el uso de drogas, que está cambiando de forma notable la percepción que tiene de este fenómeno, y que poseen hoy una información y una formación inexistente hace ahora diez años, que no tenían los actuales usuarios de drogas.

Pasando al campo de la asistencia, en 1983, existían en España 68 centros ambulatorios, 40 comunidades terapéuticas y ninguna unidad de desintoxicación en centros hospitalarios. A finales del pasado año se contaba con 369 centros ambulatorios, 120 comunidades terapéuticas y 260 camas distribuidas en 44 hospitales, destinadas exclusivamente a desintoxicación.

Estos dispositivos asistenciales son diferentes entre sí, es decir, suponen una atención distinta a problemas diversos. Se trata de recursos diferentes aunque complementarios y sumables. Los centros de asistencia ambulatoria capacitados son el dispositivo para atender los problemas que afectan al 80 por ciento de la población tóxicomana. Las unidades de desintoxicación en centros hospitalarios son un recurso muy específico del que precisan aproximadamente un 20 por ciento de los tóxicomanos a efectos de que sea atendida su situación de privación, aplicándoseles un tratamiento inmediato.

El tiempo medio de estancia en una unidad de desintoxicación hospitalaria es de diez días. Transcurrido este período se considera que el tóxicomano está desintoxicado pero no deshabitado, es decir, no se ha solucionado su problema de dependencia de las drogas, sino únicamente el problema agudo derivado de la abstinencia. Durante 1989, se llevaron a cabo 4.359 procesos de desintoxicación, de los que 3.444 correspondieron a heroína, 639 a alcohol y el resto a otras drogas.

Las comunidades terapéuticas son centros de rehabilitación en régimen de internamiento. De las 120 que existen —con una media de 40 plazas por comunidad—, alrededor del 50 por ciento son privadas y el resto públicas o privadas con financiación pública. Las Comunidades Autónomas facilitan la asistencia a comunidades terapéuticas no subvencionadas mediante la concesión de ayudas económicas individuales para cubrir los gastos derivados del tratamiento.

El drogodependiente debe ser tratado en su medio social habitual, sin recurrir a dispositivos de internamiento, para facilitar precisamente de esta manera su incorporación social. En este sentido, se siguen las indicaciones y orientaciones de organismos internacionales y de los especialistas en la materia.

Existen recursos, pero no pueden considerarse de manera indiferenciada en la medida en que responden a si-

tuaciones y a necesidades diferentes. Es decir, no se puede relacionar sin matices el número de tratamientos por consumo de opiáceos o cocaína —18.572, en 1989— con las 260 camas existentes en unidades hospitalarias de desintoxicación, por cuanto estarían destinadas a atender a un porcentaje mínimo del total de población que demanda dicha asistencia.

A pesar del incremento de los recursos, por ejemplo, en las unidades de desintoxicación hospitalaria, los tiempos medios de espera desde la solicitud de ingreso hasta que se produjo éste, que en 1989 fue de veinte días, en muchas épocas del año, por ejemplo las previas a períodos vacacionales, prácticamente no existen; en determinadas ciudades no las hay en ningún momento y, en cambio, se producen con frecuencia en épocas alejadas de los períodos vacacionales.

Las prisiones cuentan, tal como refirió el Secretario General de Instituciones Penitenciarias, con servicios sanitarios y sociales encargados de la atención a los internos con problemas derivados del uso de drogas. En algunos centros se realizan tratamientos de desintoxicación y programas de mantenimiento con metadona.

Otra actividad es el programa de control de calidad para el análisis de drogas de abuso. Este programa pretende optimizar la calidad de los resultados analíticos de los laboratorios que realizan análisis de drogas de abuso en orina, especialmente con finalidades clínicas. En la actualidad participan en el citado programa 48 laboratorios y se ha conseguido una evidente mejora de la calidad de los resultados.

Uno de los programas potenciados con mayor intensidad es el destinado a disminuir el riesgo asociado al consumo de drogas. Existen programas de educación para la salud a escala local o autonómica dirigidos a grupos con prácticas de riesgo, a población escolar o a población en general, y se han realizado algunas campañas de difusión de mensajes en los medios de comunicación relativos a la transmisión del virus por inmunodeficiencia humana. Sin embargo, la información no parece ser suficiente.

Un estudio al que ya he hecho referencia ha mostrado que, entre los consumidores de drogas en tratamiento, el nivel de conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del virus sida es bueno, pero que, desgraciadamente, este conocimiento no siempre se traduce en conductas correctas en cuanto al uso de preservativos y de jeringuillas estériles. Las jeringuillas, como ustedes saben, siempre han estado disponibles en las oficinas de farmacia sin necesidad de receta médica. En algunas ciudades se están desarrollando programas de promoción del intercambio de jeringuillas usadas por nuevas, en una serie de centros piloto de atención a drogodependientes.

Recientemente, hemos editado un manual dirigido a farmacéuticos en el que se recoge un conjunto de conceptos y de actitudes que persiguen una colaboración de estos profesionales en la política de información, de orientación y de disminución de daños asociados. En el País Vasco se distribuye a través de las farmacias un «Kit» anti-sida, que contiene una jeringuilla, un preservativo, un contenedor de plástico para eliminar la jeringuilla tras su

uso, así como una información acerca de las medidas para reducir el riesgo. La primera evaluación que tenemos indica que la mayoría de los farmacéuticos han colaborado en el programa y que una proporción importante de los drogodependientes lo conocen, valorándolo como algo positivo en la actualidad.

La Comunidad Autónoma de Madrid dispone de un autobús que recorre las zonas de mayor marginación con la finalidad de poner a los toxicómanos en contacto con el sistema asistencial; un equipo de profesionales que informan, asesoran y conectan con drogodependientes que por su situación de marginación no acuden a los centros de tratamiento. A principios del año pasado se aprobó un Real Decreto que reguló los tratamientos y los programas con metadona. Esta nueva normativa flexibiliza y reduce los criterios de ingreso en este tipo de programas. Teniendo especialmente en cuenta el riesgo de infección por sida, como norma general se exige diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos y haber realizado, al menos, un tratamiento en otra modalidad terapéutica.

Sin embargo, estas condiciones no son exigidas a los infectados por sida o a los afectados por patología orgánica severa. Durante 1990 más de 3.500 toxicómanos recibieron esta clase de tratamiento y la cifra alcanzará los 8.000 al final del próximo año, según nuestras estimaciones.

Pasemos a examinar la problemática de la reinserción. El Plan Nacional contempla como prioridad la incorporación social de los distintos colectivos con problemas de drogodependencia, basado en un modelo de atención descentralizado. Se implica directamente a los organismos competentes de las Comunidades Autónomas en el desarrollo de planes específicos de colaboración con algunas organizaciones no gubernamentales y con entes locales.

Partiendo de los servicios sociales de base como red de apoyo, han adquirido un gran protagonismo diversos programas propuestos por los Ayuntamientos, el Instituto Nacional de Empleo, la Cruz Roja y otros. Para algunos de estos programas se ha contado también con el apoyo económico del Fondo Social Europeo.

Entre estas actividades, destacan los programas coordinados con los centros asistenciales —pisos protegidos, talleres ocupacionales, programas de formación profesional, etcétera—, así como los desarrollados en colectivos de alto riesgo —aumento del autoempleo juvenil, subvenciones a empresas que contraten a drogodependientes en tratamiento, etcétera—. La Delegación del Gobierno suscribió, en 1988, un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Empleo que ha servido de marco general para que numerosos drogodependientes puedan acudir a los cursos de formación ocupacional que se realizan anualmente.

El tejido social constituido a través de las organizaciones no gubernamentales es uno de los grandes logros en los últimos años. La Ministra de Asuntos Sociales, que se refirió a ello durante su comparecencia, ya destacó que este refuerzo constituye uno de los indicadores más positivos de la respuesta de la sociedad a este problema.

En la actualidad, más de cien organizaciones no guber-

namentales de ámbito estatal, que incluyen asociaciones de familiares de afectados, asociaciones de profesionales, sindicatos, colegios profesionales, etcétera, participan en el Plan Nacional. Sus aportaciones y criterios son siempre incorporados en el proceso de elaboración de las prioridades anuales. Hay que destacar también las numerosas entidades de ámbito local y autonómico que participan de forma corresponsable en los planes municipales y de las Comunidades Autónomas sobre drogas.

Pasemos ahora a los aspectos relativos a la formación e investigación. Desde su origen, el Plan Nacional ha establecido convenios de colaboración para la financiación de cursos de postgrado, tanto en la Universidad como en otras entidades públicas de carácter educativo. Con el apoyo directo del Ministerio de Educación y Ciencia se han puesto en marcha programas e iniciativas de formación de maestros y de formación y sensibilización de padres de alumnos, hasta el punto de que, en 1990, el tema de la drogodependencia formaba parte ya de la oferta formativa regular del Plan Nacional de Formación del Profesorado.

En cuanto a la investigación, tanto la Administración central como las autonómicas han financiado múltiples proyectos. A partir de este año, el Fondo de Investigaciones Sanitarias ha incorporado como prioridad específica de promoción la investigación en el campo de las drogas. El centro de documentación existente en la Delegación, que cuenta ya con más de 10.000 referencias, está siendo utilizado de forma masiva por profesionales, investigadores y técnicos para sus investigaciones y la mejora de su actividad profesional.

Voy a hacer algunas observaciones en relación con el presupuesto. Respecto a los presupuestos del Plan, quisiera destacar tan sólo el hecho de que desde su inicio las cantidades que la Delegación del Gobierno ha ido transfiriendo a las Comunidades Autónomas han aumentado de forma sostenida. El presupuesto que las Comunidades han destinado, procedente de sus propios recursos, para financiar sus planes autonómicos ha aumentado también de forma muy notable. En la actualidad, en la mayoría de las Comunidades Autónomas la financiación propia supera la cantidad que recibe de la Administración central. Los fondos que transferimos se destinan a financiar, tanto programas concretos, como a compensar las diferencias que existen de distribución de la magnitud del fenómeno en nuestra geografía.

Quiero destacar también que la mayoría de los grandes municipios destinan partidas presupuestarias específicas a programas preventivos, asistenciales y de reinserción. El esfuerzo presupuestario que hoy se hace en nuestro país procede de todas las Administraciones y representa una cantidad que oscila alrededor de los 16.000 millones de pesetas para este año.

En política internacional, es obvio que cada vez es más patente que un fenómeno como el de las drogas tiene una proyección que trasciende las fronteras de un país. Estamos convencidos de que sólo la universalización de las soluciones permitirá encontrar respuestas concretas. En los últimos años, diferentes organismos internacionales han

iniciado acciones y programas concretos, tanto relacionados con el control de la oferta, como con el desánimo y desincentivación de la demanda. A título de ejemplo diré que, en 1990, responsables del Plan Nacional sobre la Droga han participado en más de cien reuniones en el extranjero.

De los numerosos organismos que hoy tienen competencias, quisiera referirme brevemente a alguno de ellos. La Organización de las Naciones Unidas, que a partir de la entrada en vigor de la Convención de 1988 ha adquirido una relevancia fundamental, tiene una gran autoridad moral que nadie cuestiona y ejerce un papel líder en la cooperación Norte-Sur.

Hace cinco días finalizó en Viena el XXXIV período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, donde se han aprobado importantes medidas de reestructuración para agilizar y potenciar el papel de esta organización ante la problemática de las drogas.

En segundo lugar, el Consejo de Europa, a iniciativa del «Grupo Pompidou», organizó hace dos semanas en Oslo una Conferencia ministerial en la que participamos todos los países europeos, desde Portugal hasta la Unión Soviética. Allí se revisaron los problemas que puede generar la droga. También en el Consejo de Europa se firmó recientemente un Convenio contra el blanqueo de dinero procedente del narcotráfico, que ha constituido una pieza más en este engranaje para frenar una de las conductas delictivas.

La Comunidad Europea, por su parte, ha puesto en marcha el Plan europeo de lucha contra la droga, aprobado por el Consejo Europeo del pasado mes de diciembre, en Roma. Este Plan tiene una estructura similar a nuestro Plan Nacional. No es una casualidad, dado que el Plan español fue el primero desarrollado por un Estado miembro de la Comunidad. En la actualidad, Francia, Alemania y, en menor medida, el Reino Unido, poseen también planes de ámbito estatal.

El Plan europeo contempla la creación de un observatorio de lucha contra la droga, que se pondrá en funcionamiento el próximo año y será un centro de información y de estudio. Nos servirá a todos de referencia y de apoyo, y permitirá una cohesión mayor de nuestras políticas.

El Comité Europeo de Lucha Antidroga, organismo constituido por altos funcionarios de «los doce», desarrolla la política de coordinación en todos los aspectos vinculados a las drogas, diseñando programas concretos con el fin de que la próxima entrada en vigor del Acta Unica no represente una dificultad añadida a la lucha contra el tráfico de drogas.

Quiero destacar de forma muy especial el proyecto de directiva europea de blanqueo de dinero procedente del narcotráfico, así como el Reglamento y proyecto de directiva del control del comercio de productos químicos que se utilizan en la síntesis de determinadas drogas.

En cuarto lugar, en el denominado «Grupo Dublín» (constituido por los doce países de la Comunidad Económica Europea más Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón y Suecia, en el marco del cual se han constituido subgrupos regionales de cooperación y donde a España le

cabe el honor de presidir el subgrupo específico para América Latina), España está potenciando una política de ayuda y colaboración con los países productores que favorezca el desarrollo socioeconómico de los mismos, que les permita abandonar el cultivo de determinadas drogas, que potencie la exportación de productos alternativos, que acuerden la financiación flexible de la deuda externa y que impliquen a las instituciones financieras multilaterales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, en el desarrollo de planes y programas que permitan el crecimiento socioeconómico de esa región del mundo. Estamos convencidos también de que esta cooperación refuerza y estimula el proceso democrático y la defensa del sistema de libertades de esos países.

Señorías, quisiera plantearles a continuación algunas de las líneas de actuación que pienso reforzar en el futuro, así como algunas innovaciones que creo debe realizarse en la política de drogas. En primer lugar, y en relación con la reducción de la demanda, vamos a continuar impulsando el programa de la educación para la salud en el sistema educativo. Se trata de una apuesta a largo plazo, pero constituye la mejor garantía para el futuro. En el marco de la educación para la salud, estamos convencidos de que ésta es la verdadera apuesta de futuro, igual que hoy podemos comprobar un mayor rechazo de los jóvenes españoles que hace unos años.

En segundo lugar, estamos implicando, cada vez más, a las asociaciones de padres, porque entendemos que en el medio familiar es en el que con mayor facilidad se puede intervenir para prevenir el consumo. En tercer lugar, potenciaremos el aumento de los recursos destinados a los programas preventivos en el ámbito municipal, destacando todas aquellas actividades que fomentan un estilo de vida saludable. En cuarto lugar, estimularemos cada vez más a las entidades no gubernamentales para que desarrollen programas preventivos de sensibilización y de concienciación ciudadanas.

En relación con la asistencia, en primer lugar debemos integrar cada vez más a los servicios generales de salud y de servicios sociales en los programas de atención a drogodependientes. Para ello, proseguiremos con las actividades de formación ya iniciadas dirigidas, fundamentalmente, a los profesionales de este sector. En segundo lugar, ampliaremos las líneas telefónicas de información de 24 horas al día de todas las Comunidades Autónomas, de manera que antes de final de año toda persona necesitada de ayuda pueda recibir información rápida de cómo actuar y a dónde acudir en cualquier momento.

Termino, habilitaremos centros abiertos 24 horas en las grandes ciudades para los casos que requieran una atención inmediata. Nuestra intención es que nadie se encuentre en situación de emergencia y no pueda ser atendido directa e inmediatamente.

Cuarto, proseguiremos con la política de supervisar las comunidades terapéuticas, de forma que todas cumplan con los requisitos contemplados en las normas de autorización vigentes. Estamos dispuestos a acabar con aquellas entidades que persiguen un afán de lucro o que en realidad son cosas distintas de las que pretenden ser.

Quinto, potenciaremos los programas de mantenimiento con sustitutivos de opiáceos, que son también un método eficaz para frenar la epidemia del sida. En esta misma línea seguiremos desarrollando programas tendentes a disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas. Sexto, aplicando programas de evaluación de los recursos asistenciales, la existencia de centenares de centros y de programas nos obliga a evaluar su eficacia y a potenciar los mejores. Séptimo, aplicaremos los programas de atención a drogodependientes en las prisiones. Se ha avanzado mucho y existen numerosos servicios médicos de centros penitenciarios que tienen ya programas específicos para abordar este tema. Ningún recluso toxicómano debe quedar sin recibir asistencia adecuada.

En el ámbito de la reinserción hay que contar, cada vez más, con los entes locales, de forma que en sus planes ocupacionales integren a drogodependientes en tratamiento. Las experiencias desarrolladas hasta el momento resultan muy positivas. Segundo, renovaremos el convenio con el Instituto Nacional de Empleo, para que los toxicómanos en tratamiento sigan los cursos de formación y los programas de desarrollo laboral. Tercero, ampliaremos el número de pisos de estancias intermedias en núcleos urbanos, porque pensamos que es un medio útil de integración social para aquellas personas que no disponen de una estructura familiar que pueda representar la ayuda necesaria. Cuarto, subvencionaremos aquellas organizaciones no gubernamentales que ofrezcan programas de reinserción eficaces.

Respecto al control de la oferta, en primer lugar, es necesario dotar de más medios a las Fuerzas de Seguridad y a los servicios de vigilancia aduanera. La próxima creación de la Guardia Civil del Mar permitirá, sin duda, mejorar el control en nuestras costas. En segundo lugar, es necesario reforzar los programas de formación dirigidos a las policías municipales y autonómicas. Se trata de integrar estos Cuerpos en los planes de represión del tráfico y prevención del consumo. En tercer lugar, potenciaremos la colaboración y coordinación con las policías de otros países en la línea que ya se ha venido desarrollando últimamente y que ha permitido la desarticulación de importantes organizaciones. Estamos decididos a reforzar en este campo nuestra colaboración con el «Grupo Trevi».

En cuarto lugar, hemos elaborado también un proyecto de norma que desarrolla el Reglamento de la Comunidad Económica Europea sobre control de productos químicos destinados a la fabricación ilícita de drogas, de manera que no se exporte desde España ninguna sustancia destinada potencialmente a sintetizarlas. En quinto lugar, adoptaremos la directiva comunitaria sobre blanqueo de dinero y crearemos un organismo de apoyo a la Fiscalía especial que permita acelerar las investigaciones y las acciones jurídicas en esta materia.

En el campo del desarrollo se incorporarán, en el nuevo Código Penal, en primer lugar, todas aquellas medidas a que nos obliga la Convención de Naciones Unidas, de 1988, ratificada por España en 1990, entre las que se encuentran el delito de blanqueo y el tráfico ilícito de productos químicos. En segundo lugar, está en estudio la ela-

boración de una norma que permita sancionar el consumo en público, así como el abandono de jeringuillas. No pretendemos penalizar el consumo, sino facilitar al toxicómano un tratamiento y, al mismo tiempo, proteger a la sociedad de conductas que atentan contra la convivencia colectiva.

En relación con las dotaciones presupuestarias, todos los departamentos ministeriales integrados en el Plan Nacional disponen ya de un presupuesto específico. Estos presupuestos, que han crecido desde 3.400 millones en el año 1986 hasta 5.300 en el año 1990, aumentarán de forma continuada en los próximos años y su incremento será plasmado en los Presupuestos Generales del Estado. En segundo lugar, las Comunidades Autónomas destinan cada vez más créditos para la financiación de sus planes contra la drogas, pasando de 2.400 millones de pesetas en el año 1986, a 9.100 en el año 1990. La cantidad transferida por la Administración central fue del 75 por ciento del total en el año 1986, y calculamos que en el año 1994 representará tan sólo el 25 por ciento. En tercer lugar, pretendemos que todo municipio de más de 100.000 habitantes tenga un presupuesto específico para programas de prevención de drogodependencias.

Por último y sobre el desarrollo del Plan Nacional es necesario, en primer lugar, impulsar la política informativa de los riesgos que conlleva el consumo de cocaína, riesgo que no son hoy todavía perceptibles pero que lo serán, sin duda, en los próximos años. En segundo lugar, proseguiremos con el plan de comunicación iniciado el pasado año (que SS. SS. conocen bien dado que participaron los portavoces de los grupos en el diseño final del mensaje a transmitir), que pretende romper el rechazo social a la ubicación de centros de tratamiento de toxicómanos en barrios, pueblos y ciudades. Finalmente, proseguiremos en el futuro con una política de consenso en el marco de la conferencia sectorial respecto de las prioridades del Plan Nacional.

Termino insistiendo, una vez más, en que el principal valor que posee el Plan Nacional sobre la droga radica en el consenso y en la implicación del conjunto de la sociedad en su ejecución.

Señorías, saben que me tienen a su disposición, así como a todo el equipo de la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Estoy convencido que el informe final que esta Comisión elevará al Pleno de las Cortes nos servirá para mejorar y modificar, si es preciso, los objetivos que nos hemos marcado.

Muchas gracias, señor Presidente.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, procederemos a conceder la palabra a los grupos parlamentarios, iniciando el turno el señor Vázquez, del Grupo Parlamentario Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya. Quiero manifestar también que, además del señor Ministro, se encuentra presente en la Comisión el Delegado del Plan Nacional, señor Solans. Lo pongo en su conocimiento por si eventualmente tuviera que contestar a alguna de las preguntas en lugar de hacerlo el señor Ministro.

Tiene la palabra el señor Vázquez.

El señor **VAZQUEZ ROMERO**: Quiero empezar agradeciendo al señor Ministro esta intervención, más propia del Presidente del Gobierno —lo digo a su favor— que del Ministro de Sanidad, puesto que ha tratado este tema relacionándolo con la mayoría los Ministerios, asumiendo una cuota de responsabilidad sobre lo que es la política general del Gobierno.

Quiero también expresarle que voy a leer muy atentamente toda su explicación, porque sin duda ha dicho cosas interesantes, no ya tanto en cuanto a los datos, que son más o menos conocidos, como pueden ser los relativos al propio Plan Nacional contra la Droga, sino con respecto a algunas ideas que usted ha dado y que en principio me parecen interesantes. Repito que en cuanto a la globalidad de su intervención estoy incluso diría que sorprendentemente de acuerdo, excepto en algún aspecto que ahora pasaré a matizar.

Al final de su exposición usted ha dado una larga lista de proyectos futuros con los que estoy sustancialmente de acuerdo, aunque supongo que los ha ido enumerando tal como le han ido apareciendo en sus papeles, pero no los ha priorizado; es decir, no ha colocado unos antes y otros después, el orden no implica que unos sean más importantes que otros.

Quiero señalar, tal y como usted ha hecho, que cuando hablamos de drogas existe la necesidad de diferenciar los distintos tipos de drogas, entre otras cosas porque globalizarlas todas solamente nos lleva a conclusiones inadecuadas o ineficaces. Estoy de acuerdo con usted en que son mucho más importantes los problemas relacionados con la heroína y con algunas de las llamadas drogas de diseño, así como con la cocaína, que los referentes a los otros tipos de droga que usted ha mencionado.

Es cierto, y es un hecho positivo, que la edad media de los toxicómanos o de los drogodependientes, sobre todo de heroína, va en aumento, lo que significa afortunadamente un freno a la entrada de gente joven al consumo; esto es algo que tiene que alegrarnos a todos. Actualmente la edad media está en los 26 años, cuando esta cifra seguramente hace siete u ocho años estaba en edades medias mucho más bajas, lo que corrobora cuanto acabamos de decir.

Creo que de toda esa lista de proyectos futuros que usted ha dado, en lo que habría que marcar el acento fundamentalmente sería, desde mi punto de vista, en la lucha contra la oferta y en todo lo que es asistencia y reincorporación del drogadicto. En la lucha contra la oferta, repito que estoy, en principio, de acuerdo en adoptar por parte de España todas aquellas medidas que signifiquen la penalización de la exportación de precursores —tema esencial para acabar algún día con la parte más sustancial de lo que es el consumo de drogas actualmente—, así como con el blanqueo de dinero que son quizá los aspectos en los que el Plan Nacional contra la Droga o la acción global del Gobierno contra la droga menos eficacia está teniendo. Yo creo que está teniendo eficacia en algunos campos, pero concretamente en lo que podríamos denominar origen del problema o conceptualización del problema de la droga como un gran negocio (blanqueo de di-

nero, control de los precursores, etcétera) en ese campo la eficacia está siendo menor. Yo creo que sería interesante dedicar esfuerzos en este terreno.

En cuanto a la reinserción del drogadicto, usted nos ha dicho que existen una serie de asistencias para lograr esa reinserción que yo creo que van íntimamente unidas, así como algunos proyectos de futuro que son fácilmente aplicables aunque haya que ampliar las líneas telefónicas o habilitar centros que permanezcan abiertos durante las 24 horas del día; creo que éstos son problemas de cocina más que de conceptos y que son relativamente fáciles de aplicar desde el propio Gobierno, al igual que la potenciación de los programas de mantenimiento.

Más difícil y más cruda me parece la situación de las prisiones, porque, como ya tuvimos ocasión de comprobar cuando el señor Asunción compareció ante esta Comisión, nosotros tenemos una idea menos idílica de la que él tenía sobre cuál era la situación real dentro de las cárceles en lo que al consumo de drogas se refiere. Yo creo que este es un tema muy crudo y muy duro en nuestra sociedad.

Estando de acuerdo con el repaso bibliográfico que ha hecho de la legislación nacional y europea con respecto al consumo público, queremos insistir en que creemos que las sanciones administrativas son medidas ineficaces dedicadas fundamentalmente a la galería, que tienen un fondo hipócrita —sin acusar a nadie— sobre el que tendremos que reflexionar, no sólo no tienen ninguna virtualidad positiva sino que incluso la pueden tener negativa ya que tienden a aumentar los problemas de las familias, que ya tienen ese problema dentro de casa, aplicando sanciones que lógicamente tendrán que pagar los padres del drogadicto, no va a ser el drogadicto quien los pague, rehabilitar un drogadicto contra su voluntades prácticamente imposible, como sabe cualquiera que haya tratado con drogadictos; mucho tiene que querer un drogadicto salirse del problema, para poder intentarlo, y contra su voluntad es absolutamente imposible.

Por lo tanto, insistir en ese tipo de sanciones administrativas simplemente de cara a la galería me parece que es de poca utilidad. Ya se lo dije al señor Corcuera en su comparecencia, no creo que sea útil que volvamos —haciendo un símil— a los tiempos de la psiquiatría reclusional, que tenía como objetivo separar al loco de la sociedad, meterlo en un manicomio y, en tanto que no se ve, no existe. El problema no se soluciona ocultándolo sino llevando a la práctica todas esas, y algunas más, ideas y proyectos futuros que usted ha mencionado.

Creo que en el terreno de la reinserción, ha olvidado una cosa fundamental. Está bien que los ayuntamientos participen y creen planes laborales y de formación, como aumentar el número de pisos y de centros urbanos, y me parece muy bien que desde las instancias del Estado se luche contra esos estigmas de insolidaridad social que desgraciadamente han aparecido en no pocos sitios de la geografía española cuando se pretende instalar un piso o un centro de rehabilitación en tal o cual barrio —es muy importante que luchemos contra esa insolidaridad—, pero hay algo en el fondo de los problemas de la reinserción

que se puede reflejar en una cifra que desde que se la oí a la señora Ministra de Asuntos Sociales no me la puedo quitar de la cabeza, como es que solamente el 19 por ciento de los jóvenes españoles entre dieciocho y veintinueve años tiene independencia económica. Eso significa que el 80 o el 81 por ciento no dispone de recursos como para poderse hacer un proyecto personal, colectivo, de pareja o de nada.

Mientras no se diseñe una política económica desde las altas instancias del Gobierno dedicado a crear de verdad empleo y mejores condiciones de vida para la juventud, la reinserción, más allá de esos planes, creo que quedará en la superficie del problema. Hay que diseñar una política española que tenga en cuenta ese enorme colectivo de la sociedad española, que creo que es el que se encuentra en la peor situación.

Quiero repetir que esa cifra del 19 por ciento me parece muy seria y mientras no seamos capaces de superarla ampliamente, no tendrá virtualidad positiva el hablar de reinserción.

Se ha referido usted a la lucha contra la demanda. Quiero hacer hincapié, con respecto a los temas de la educación para la salud, en que recientemente, en el Consejo de Europa (incluso usted ha asumido aquí el papel de portavoz de la delegación española en el Consejo de Europa) se aprobó entre todos los grupos de esta Cámara un plan de educación para la salud dedicado especialmente a las drogas, porque es un tema muy delicado. No solamente se trata de explicar en las escuelas los problemas de la droga, sino de explicarlos bien, por una razón elemental. Existe un trabajo, del que no puedo aportar su referencia bibliográfica, que venía a demostrar que en aquellas áreas de cualquier población donde, con la intención de luchar contra la droga, se explicaban los problemas que sobrevenían no se notaba una disminución sino, al contrario, un aumento del consumo, porque se estimulaba la curiosidad de la gente más joven y más inestable psíquicamente hacia ese tipo de actuaciones. Supongo que conocerá ese plan del Consejo de Europa para la educación, específicamente de la salud, en el que se detallan las peculiaridades a las que acabo de hacer referencia, y si no lo conocen se lo pueden proporcionar cualquiera de su grupo o yo mismo.

Estoy seguro de que no se trata de hacer las cosas priorizándolas por el orden en que las ha leído, sino de intentar hacerlas todas, pero harán falta muchos recursos. Usted ha asegurado que vamos a tener a nivel presupuestario los recursos suficientes. ¡Ojalá que, cuando tengamos otra ocasión de hablar con usted sobre las drogas, podamos decir que, efectivamente, están en marcha todos estos proyectos!

Voy a hacer una última referencia a algo que creo que está bastante instalado en la sociedad española y que a todos nos conviene «desinstalar», y es que en este país se hacen muchas maquetas pero se acaban pocas obras. Hay que acabar con la política de las maquetas y pasar a la política de las obras. Espero que no nos quedemos en la maqueta y que lleguemos a la finalización de la obra.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Cardona, por el Grupo de Convergència i Unió, tiene la palabra.

El señor **CARDONA I VILA**: En primer lugar, como es natural, quiero agradecer la comparecencia del señor Ministro de Sanidad, al igual que la del Delegado del Gobierno en el Plan Nacional de Lucha contra la Droga, señor Solans. A pesar de que él ha tratado el problema desde el punto de vista global, entendemos que para su estudio conviene repartirlo en partes —aunque entendemos que es un problema global—, y por eso la comparecencia del señor Ministro de Sanidad nos permite profundizar en esta parte no menos importante que es el punto de vista sanitaria, sobre todo en el concepto de salud pública. Digo esto porque estamos todos de acuerdo en considerar al drogodependiente como un enfermo y a la toxicomanía como una enfermedad. Por lo tanto, creo que es necesario estudiarlo a fondo e intentar profundizar lo más posible, desde el punto de vista sanitario, en el concepto de salud pública.

Además, la toxicomanía es una enfermedad social típica, porque sus causas son sociales y muy diversas, los efectos van sobre todo en perjuicio de unos sectores sociales concretos, fundamentalmente los jóvenes, y para su erradicación y tratamiento también se necesita que se tomen una serie de medidas sociales.

Permítaseme, señor Presidente, hacer —quizá por deformación profesional— una aplicación epidemiológica, que es lo que se hace en Medicina en cualquier enfermedad, sobre todo en las infecciosas, que podría tener su aplicación práctica para poder evaluar la situación en que se encuentra el problema y qué es lo que se puede hacer.

En primer lugar, hay una causa de esta enfermedad social, lo que consideramos la fuente de infección. Aquí está claro que es la droga. Primero, hay que considerar las drogas naturales. Ya se ha hablado de lo que se puede hacer en la producción de drogas naturales. Naturalmente, hay que incidir en que esto no soluciona el problema. Además de que es muy difícil poder solucionar el problema de la producción, dando ayudas a esos países, con cultivos alternativos, etcétera, hemos pasado a otra fase que es la de las drogas artificiales, químicas, las posibles combinaciones farmacológicas, que naturalmente aumentan gravemente el problema, sobre todo con la incidencia de los precursores.

El segundo eslabón de esa cadena son los mecanismos de transmisión, es decir, las vías, los caminos por los que llega desde los sitios de producción donde se encuentra la droga hasta los consumidores. Aquí entramos de lleno en el narcotráfico o tráfico de drogas. Como es natural, aquí funciona la ley de la oferta y la demanda y todo lo que sea incrementar la demanda favorecerá la oferta. Aquí hay muchos intereses que dificultan el poder disminuir la demanda; continuamente se estará en este conflicto de intereses.

El tercer eslabón son las personas más susceptibles de enfermar, más susceptibles de «engancharse» a la droga en este caso, como son los jóvenes marginados.

Tenemos estos tres eslabones y hay que ver cómo se

puede incidir, dentro de la prevención y el tratamiento, para romper la cadena, por una parte o por todas, para poder solucionar o por lo menos plantear las vías de solución a este importante problema. Todo lo que permita romper los eslabones de la cadena epidemiológica será bueno y aprovechable. La profilaxis primaria sería impedir la producción de droga. Quizá sería lo ideal, pero, por la imposibilidad de multitud de intereses, sólo es teórica. Además, precisa de unos acuerdos internacionales globales a los que cada vez se va llegando más, por la importancia del tema, por la conciencia que se va tomando, desde el punto de vista mundial, pero la dificultad de ponerlo en práctica es grande.

Dentro de la profilaxis secundaria en la lucha contra el narcotráfico hay que impedir que la droga llegue a los jóvenes sanos que son los que tienen mayores posibilidades de enfermar. He tomado buena nota del plan de educación para la salud y estamos estudiando una educación sanitaria, sobre todo para los jóvenes, dentro de un contexto de formación integral de la persona, a fin de que sepan de los peligros que entraña la droga, que en un primer momento parece que no tiene demasiada importancia y después, cuando se dan cuenta, es peligroso, debido a una serie de circunstancias, lo cual va implícito con la profilaxis terciaria, que comprende el tratamiento de los ya enfermos. Sobre este particular quisiera hacer una puntualización, sobre todo por las dificultades que plantean las recaídas.

Todos estamos de acuerdo en que cuando hablamos de un drogadicto decimos que es un enfermo y cuando hablamos de cualquier otra enfermedad decimos que está enfermo. Eso, aunque sea inconscientemente, tiene su explicación. ¿Por qué? Porque hay una serie de factores, fundamentalmente dos, como es el propio efecto de la droga, es decir, el crear dependencia y, por otro lado, la sensibilidad individual de cada persona. Hay determinadas personas que se pondrán en contacto con la droga y difícilmente enfermarán, y habrá otras que, a poco que caigan en la tentación, quedarán enganchadas, como sucede con el alcohol, al que todos estamos dispuestos a considerar como droga.

De aquí la importancia de la pregunta sobre de cómo consideramos, la reinserción, si es que no podemos hablar de curación, por lo menos qué criterios homogéneos estandarizados podemos crear de recuperación. Por ejemplo, hay enfermedades como el cáncer, que cuando hay una supervivencia de cinco años se considera que se ha curado la enfermedad, aunque a los cinco años y seis meses puede haber una recaída que no se había producido a los cinco años. Existe la necesidad de arbitrar unos criterios de recuperación en el sentido de decir que el drogodependiente que ha pasado el tiempo que se crea pertinente de tratamiento, se considera curado. Es importante hablar siempre en los mismos términos, porque si no nos vamos a entender. Sé que es muy difícil ponernos de acuerdo sobre este aspecto, pero hay que poner un tiempo, quizás sean tres años. Es natural que, desde el concepto que he expuesto anteriormente de que el drogadicto no está enfermo, sino que es un enfermo de por vida, se dificulta la

situación pero en cualquier caso es importante tener unos criterios estandarizados.

Así, pues, concretando la pregunta, quisiera saber si el señor Ministro o el señor Delgado creen necesario que todos hablemos en los mismos términos a la hora de hacer una evaluación.

Otro punto que quisiera exponer es la dicotomía sobre liberalización y penalización del consumo. Hasta ahora, la legislación ha penalizado más o menos duramente a los traficantes y ha tenido una cierta permisividad para el uso y consumo, es decir, se ha preocupado poco de los intermediarios, de los vulgarmente llamados «camellos», que, de hecho, se convierten en pequeños traficantes que ayudan de una forma importantísima a que se extienda el campo de consumo, ya que necesitan pagarse sus necesidades. De hecho no hay, o por lo menos no se ha encontrado, una solución ideal y eso justifica, desde el punto de vista de la legislación, que se haya pasado de un extremo a otro —a veces produciendo la impresión de que se estaban dando palos de ciego, desde situaciones permisivas a extremas medidas represivas.

En este sentido, la ley de liberalización —de la que se habla mucho últimamente y algunos la defienden— parece ser una buena medida para penalistas, jueces, etcétera, porque parece que resolvería parte del problema, sobre todo lo referente al narcotráfico y a la seguridad ciudadana, por una serie de circunstancias, y, por otro lado, también podría ser una buena medida porque hay gente enganchada que necesita la droga y si no se les suministra, naturalmente bajo control médico, la buscará por los medios que sea. Pero encuentro otros inconvenientes. Por una parte, sólo se tiene que aplicar a enfermos, a los ya enganchados y, por otra parte, la liberalización de otras drogas como el tabaco o el alcohol no ha erradicado de una forma absoluta el tráfico fraudulento; además, convendría saber hasta qué punto puede ampliarse su uso a personas cada vez más jóvenes, lo que entiendo no se evitaría.

En definitiva, la pregunta sería ¿se consumiría más o se consumiría menos? Yo creo que se consumiría más y si se consume más y su campo aumenta, difícilmente puede ir por aquí la solución, porque desde el punto de vista sanitario o de salud pública no creo que cuando aumenta la causa disminuyan los efectos, aparte de otras consideraciones que se podrían hacer. Por tanto, desde el punto de vista sanitario creo que está claro que aumentaría el problema. En cualquier caso, ya ha señalado S. S. que hay un proyecto de ley sobre sanciones administrativas, y sobre las notas que he ido tomando quiero apuntar tres cosas en concreto.

En otras ocasiones hemos tenido ocasión de manifestar las relaciones de las comunidades autónomas con el Plan Nacional de Lucha contra la Droga y aquí quisiera aprovechar para señalar la buena coordinación a la que seguro no será ajena la forma de llevar las cosas del Delegado del Gobierno en el Plan Nacional. Quizá faltan recursos económicos, y siempre estamos con lo mismo: la coordinación es buena, pero faltan recursos. En este punto quisiera hacer una pregunta concreta. Me ha parecido enten-

der al señor Ministro que en la suma de dinero de los presupuestos que llega a las comunidades autónomas en 1986 la participación del Estado representaba un 75 por ciento, mientras en 1994 representará sólo el 25 por ciento; si he entendido bien. Naturalmente, las comunidades autónomas tienen otras vías de financiación, pero es evidente que eso supone una dificultad para las mismas.

En cuanto al aspecto legal, quiera señalar una cuestión en concreto. Usted ha dicho que en 1983 lo que se hizo fue una recopilación, es decir, mejorar la técnica jurídica. Pudo ser un acierto desde el punto de vista legislativo, pero entendemos que habría que cuestionarse si desde el punto de vista sociopolítico se favoreció o no el consumo de droga. Esta es la cuestión, no para decir: lo hecho, hecho está, sino de cara al futuro, de cara a este proyecto de ley de sanciones administrativas, sobre todo por el consumo en público de droga. Una cosa es tener una buena técnica jurídica, pero también hay que considerar las repercusiones que puede tener sobre su consumo, sobre si se incrementa su dificultad, si aumenta o disminuye el consumo de drogas.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Barceló.

El señor **BARCELO PEREZ**: Muchas gracias, señor Ministro, por su presencia.

A lo largo de su intervención, señor Ministro, he hecho una especie de boceto de todo lo que ha hablado. Ha hablado el señor Ministro de prevención y de educación, de desintoxicación y deshabituación, tratamiento, persecución del tráfico, efectos sanitarios, relaciones exteriores, lavado de dinero, control de precursores, familia y su importancia como eje de la sociedad, mundo penitenciario, política de municipios y una llamada a todos a la corresponsabilidad.

Señor Ministro, todo eso es perfecto como una llamada, si fuese en el año 1983, pues toda esa petición y ese proyecto que se acaba de exponer parecerían muy interesantes, pero en 1991, dadas las circunstancias actuales de nuestro país, me parece que éstas debieran ser no medidas a tomar sino medidas que hubiesen producido ya efecto.

Señor Ministro, nosotros somos tajantes en cuanto a las drogas porque creemos que no se puede nadar entre dos aguas o solucionarlo con buenas palabras y no haciendo lo que suponemos que debemos de hacer. Nuestro país está atravesando un momento difícil en cuanto a las drogas, a pesar de que a lo mejor discrepamos cuando hablamos de ello, una transformación de lo que era hace unos años a lo que es en este momento, no únicamente en cuanto al consumo sino por lo que significa en nuestro país el tráfico, almacenamiento, tránsito, y algo mucho más importante, que es que, probablemente en algunos puntos, se produce transformación de pasta base en cocaína. Esta es una cosa que tiene que preocupar muchísimo.

Cuando el señor Ministro hablaba de todo esto —y un interviniente anterior lo ha dicho—, daba la sensación de

que era propio de la Presidencia del Gobierno. Naturalmente, porque el señor Ministro ha hablado del tema globalmente. Probablemente, no haría falta que viniese ningún otro compareciente porque ha hablado de toda la política a desarrollar por el Gobierno sobre la droga. Insisto en que es política a desarrollar, no política que se esté desarrollando, y esto, señor Ministro, preocupa.

También ha hablado el señor Ministro de la política de los municipios y habla de municipios de 100.000 habitantes. Creo que en los municipios de 100.000 habitantes efectivamente hay un problema de consumo de drogas, pero el mismo problema lo hay en municipios de menos de 100.000 habitantes. Yo me pregunto, señor Ministro, hasta dónde va a llegar la autoridad, por llamarlo de alguna forma, o la influencia del señor Ministro, como Presidente del Plan Nacional sobre Drogas, para poder incidir en las políticas municipales en el sentido de que parte de los presupuestos municipales sean destinados precisamente a la ayuda de la persecución del tráfico de drogas en sus calles.

Señor Ministro, aquí ha hablado de la repercusión que pueda tener el tráfico de drogas en nuestras calles. Yo quiero recordar al señor Ministro, respecto al narcotráfico en España, que los vendedores callejeros no bajan de 25.000. Eso parece una barbaridad y, a lo mejor, el señor Ministro va a discrepar de que sean 25.000, más o menos, pero lo cierto es que, cogiendo como referencia el año 1989, creo recordar que pasaba de 27.000 —por eso he rebajado dos mil y pico— el número de detenciones de personas que se dedicaban al menudeo en las calles. Ante eso, también le pregunto al señor Ministro cómo va a poder ordenar de alguna forma que el Ministerio del Interior persiga ese menudeo por la calle.

Señor Ministro, le voy a dar únicamente una referencia. El viernes por la tarde me contaba un señor que me merece todas las garantías que, en un espacio aproximado de cincuenta o sesenta metros, le ofrecieron toda clase de drogas, no de diseño, sino establecidas ya en España. En cuanto a las drogas de diseño, señor Ministro, también quisiera que me dijese qué perspectivas hay en este momento sobre ellas.

Como verá, estamos de acuerdo con el proyecto que nos acaba de hacer, ¡por supuesto, que sí!, pero queremos saber qué es lo que puede hacer el Ministerio, porque yo me pregunto si cuando el Ministerio de Asuntos Exteriores, por ejemplo, tiene algún tratado bilateral con cualquier país productor de drogas (de cocaína, de hachís o de cualquier otra droga) le consultan y el señor Ministro puede opinar. Es decir, qué incidencia tiene ese tratado bilateral, qué es lo que hay que hacer, qué cláusula hay que introducir para que ese tratado sea beneficioso y no se introduzca más droga en España.

Otro aspecto es la familia y su importancia. Es evidente que la gran víctima del consumo de drogas es la familia, especialmente las madres —también los padres, pero sobre todo las madres— y esto es algo de lo que nos estamos olvidando constantemente. Estamos diciendo que hay que informar, pero aparte de esto habrá que ayudarles también de alguna forma, porque cuando se tiene a un

drogodependiente en la familia, señor Ministro, se abandonan quehaceres muy importantes y a veces se crea una drogodependencia —por llamarlo de alguna forma— psíquica de la propia familia en cuanto al drogodependiente.

Hemos hablado de blanqueo de dinero y yo insisto en que en lugar de blanqueo, aunque quizá sea menos espectacular, hay que llamarlo lavado de dinero, porque lo que se está haciendo realmente es lavar dinero. El lavado de dinero que se está haciendo a veces preocupa. Yo he tenido algún debate con el señor Delegado del Gobierno del Plan Nacional sobre Droga en cuanto a la cantidad a que asciende el consumo doméstico. No quiero entrar en cantidades exactas, ni medio billón ni 300.000 millones de pesetas, ni nada; da igual la cantidad que sea. Lo que es cierto es que España está haciendo el efecto de lavandería, no solamente con el dinero del consumo doméstico sino con importaciones de dinero de otros países que consumen drogas y ese dinero se trae a España. Hay hechos espectaculares de algunas personas, sobre todo en la costa, donde se ven unos grandes capitales que de repente aparecen por allí sin saber de dónde proceden.

Hemos hablado también del mundo penitenciario. Yo pregunto una cosa muy simple: Señor Ministro, cuando un drogodependiente es condenado por alguna causa penal y tiene voluntad de reinserirse en la sociedad, ¿con qué medios cuenta el propio Ministerio, qué diseños tiene que dependan de la Administración, para que esta persona pueda ir a un centro terapéutico, no a un ambulatorio, para rehabilitarse y poder cumplir la pena de modo que ésta sea una pena sustitutoria para rehabilitación? Yo creo que lo que hace falta es que me diga cuántos centros terapéuticos tenemos, no solamente para esos casos, sino como oferta pública para la persona que tenga necesidad en un momento determinado y voluntad de rehabilitarse.

Hemos hablado también de la metadona. Este tema se ha transferido a las comunidades autónomas y yo he hecho una pregunta al Gobierno, que le va a corresponder al señor Ministro contestar, respecto a eso. La metadona se está impartiendo, lógicamente, en las capitales de provincia. Digo lógicamente porque quizá le sea más fácil a la Administración hacerlo así. Pero, ¿se ha planteado la Delegación del Gobierno, su Ministerio, señor Ministro, que causa un quebranto económico a la persona que está metida dentro de ese proceso, dentro del tratamiento de ese plan de metadona, el tenerse que desplazar a la capital de la provincia cuando hay unos kilómetros, unos riesgos y un dinero que desembolsar?

Señor Ministro, no quiero extenderme mucho porque ya se han dicho muchas cosas, y voy a terminar.

En el plan de asociacionismo yo noto una falta importante y son las asociaciones de jóvenes, no de jóvenes ex-toxicómanos o exdrogadictos, sino de jóvenes limpios de droga que buscan una España limpia de droga. ¿Qué asociaciones de jóvenes hay que sean potenciadas y ayudadas por el propio Ministerio para luchar contra la droga? Las manifestaciones callejeras, que son muchas y el señor Ministro las conoce perfectamente, siempre están formadas por madres y padres crispados, exdrogadictos pidiendo

do que no haya drogas en las calles, pero no vemos a gente que esté limpia de drogas que pida que no haya drogas en la calle. Me gustaría que el señor Ministro me contestara a esta cuestión, si puede hacerlo, y por qué razón en las distintas asociaciones u organismos que tiene la Administración no se cuenta con esos líderes de opinión juvenil para que de alguna forma hagan publicidad en contra de la droga, es decir, para crear la cultura del rechazo de la droga; convertir el sí en no a la droga y convertir el no en sí contra la droga, es decir, que cuando se diga no a la droga sea algo positivo. Ha habido una serie de «spots» publicitarios que se hicieron en el mes de noviembre y me gustaría saber qué ha sucedido con ellos, si es que no tienen ningún valor en este momento, si se han desechado, etcétera.

Se ha hablado de los precursores —y ahora acabo de verdad—, del control de precursores en relación con la exportación. Sin embargo, ¿qué control se sigue de los precursores en nuestro propio país? Lo cierto es que no es generalizado —y tiene que satisfacernos este hecho— pero en este momento el tipo de aprehensiones de contrabando de drogas ya es preocupante porque se tiene que separar, y en algunos casos es de pasta base. Por tanto, es importante que se haga un control de precursores dentro de nuestro país.

Gracias, señor Ministro, y perdone que me haya extendido tanto.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Fernández.

El señor **FERNANDEZ DIAZ**: Quiero darle las gracias al señor Ministro, como han hecho mi compañero de Grupo y los demás intervinientes, y al Delegado del Gobierno para el Plan por esta comparecencia en la Comisión Mixta Congreso-Senado sobre la Droga.

Quiero hacer una reflexión previa al señor Ministro al hilo de su intervención, sobre todo uniéndola con el principio y el final de la misma. Al principio de su intervención ha venido a decir, no sé si literalmente pero en el espíritu de lo que ha dicho se entiende, que había que deselectoralizarlo y que había que despolitizarlo en el sentido partidista del término y buscar puntos de encuentro, de consenso y de unión en relación con la estrategia que hay que seguir para luchar de una forma integral contra toda la fenomenología de la droga. Estamos de acuerdo con ello, por supuesto, pero ya que ha dicho el señor Ministro eso y ahora que ya ha acabado la campaña electoral, y por tanto no se puede decir que nadie viene aquí a buscar votos, aunque eso sea legítimo, fue un alto dirigente del partido que da apoyo al Gobierno, del que usted forma parte, quien antes de esta campaña electoral introdujo el tema de la droga de una manera capital en toda la precampaña y la campaña electoral. A veces hay acusaciones o reflexiones genéricas que se pueden volver como un bomerang contra quienes las lanzan.

Cuando ha marcado las prioridades que como Ministro de Sanidad pensaba impulsar en relación con esta materia, cabría una reflexión y es que esas prioridades con ca-

rácter general las estableció la Comisión interministerial del Plan Nacional sobre Drogas a raíz de su creación en 1985. No sé hasta qué punto esas prioridades, con las que básicamente estamos de acuerdo, exigirían un replanteamiento del propio Plan Nacional, puesto que ese Plan Nacional en 1985 establecía por áreas ministeriales unas determinadas prioridades y el nuevo titular del Ministerio de Sanidad —Ministerio en el que está incardinada orgánicamente la Delegación del Gobierno para el Plan— fija unas propias como Ministro de Sanidad. Y dicho esto, me uno a algunas de las intervenciones que se han formulado anteriormente. Me parece lógico y evidente que el Ministro, que tiene la responsabilidad política básica en relación con la problemática de la droga, haga un planteamiento integral de ella y no se limite, porque sea Ministro de Sanidad, a hablar de los temas estrictamente sanitarios. Por eso, desde hace tiempo —no ahora que es usted titular; es evidente que no es un tema personal—, venimos solicitando que la Delegación del Gobierno para el Plan esté incardinada en el ámbito de la Presidencia del Gobierno por entender que de esa manera, políticamente, se daría una respuesta más eficaz a esta problemática. Es decir, aunque el Ministro de Sanidad puede hablar con absoluta competencia y autoridad política, parece que no son propios de su competencia los temas de represión del narcotráfico, al igual que los de la Guardia Civil del Mar o del Servicio de Vigilancia Aduanera o de la tipificación penal del delito de blanqueo de dinero. Es evidente que eso no parece ser competencia de un ministro sectorial sino que sería más propio de un ámbito orgánico-político que comprendiera esas materias. Por eso hablamos nosotros del ámbito de la Presidencia del Gobierno.

Sentado este punto, decía Lord Kelvin —quizá por cierta deformación profesional de mi formación técnica—, que cuando un fenómeno puede empezar a ser cuantificado podemos empezar a hablar en serio de él. Es decir, tenemos un diagnóstico de la realidad y podemos empezar a hablar seriamente de él.

Soy consciente de que no tenemos que perdernos aquí en una guerra de cifras, pero lo que hay que hacer patente es que no puede haber guerra de cifras. Es decir, que todos estemos básicamente de acuerdo en cuál es el diagnóstico cuantitativo de la situación para, a partir de ahí, lógicamente, utilizar los recursos —que siempre serán escasos— de la manera más eficaz posible; que las prioridades estén establecidas sobre un diagnóstico serio de la realidad, entendiendo a estos efectos que cuanto mejor cuantificado esté, más podremos acertar en esa priorización en la asignación de los recursos.

¿Por qué digo esto? Porque en ocasiones nos da la impresión de que ese diagnóstico cuantitativo de la realidad de la problemática de la droga no está clara. Incluso, con pocos días de diferencia, ministros distintos, y también usted, nos dan cifras que varían. En este caso se lo pregunto porque no sé si es un error, absolutamente humano y que por tanto no tiene ninguna importancia, o está relacionado con lo que estoy diciendo.

Hoy, el Ministro ha dicho que la lista de espera en las unidades de desintoxicación era de 20 días. En la Memo-

ria del Plan Nacional de 1989, que es la última que tenemos, aparece una lista de espera de 26,8 días de promedio. Aprovecho, señor Ministro, para decirle que sería bueno que no tuviéramos que esperar hasta el verano para tener la Memoria del año anterior, sobre todo cuando los datos de esa Memoria van saliendo en los medios de comunicación, teniendo los Diputados que ir a remolque de ellos. Entendiendo, como lo hago, que la edición de cualquier publicación supone un trabajo, sin embargo, se nos podría adelantar, por lo menos a los parlamentarios que tenemos una presencia en esta Comisión Mixta, la información suficiente para no tener que esperar a su edición (y estar seis meses) a remolque. ¿Quieren decir estos datos que nos ha suministrado el señor Ministro que, en el año 1990, hemos bajado en 6,8 días en promedio en la lista de espera de las unidades de desintoxicación? Porque el señor Ministro ha hablado hoy de 20 días y en 1989 aparecen 26,8.

El otro día, contestando el señor Ministro a la interpelación que le formuló nuestro Grupo en relación con el tema de las personas que han iniciado tratamiento, advertía que en el año 1987 habían sido 10.383 y que en 1990 habían sido 23.000, y hoy, si no le he entendido mal, ha dicho que en 1983 eran 10.000 y que en 1990 eran 25.000. No sé si es un error (que, insisto, en ese caso, no tendría ninguna importancia, pero sería interesante que nos lo aclarara) o, por el contrario, han variado tan sensiblemente las cifras en 15 días. Como muestra basta un botón y en ese sentido lo estoy diciendo.

En la interpelación que en nombre de mi Grupo Parlamentario formulé hace más de un año ante el Pleno del Congreso, hice también referencia a esa necesidad de ser objetivos, a ser posible. Sé que no lo será siempre, pero por lo menos que no haya contradicción de entrada entre los responsables políticos, porque se desorienta enormemente a la población.

El otro día el señor Ministro dijo que había 260 camas de desintoxicación. Se atiende con ellas a un 20 por ciento, en principio, de la población afectada. Los centros ambulatorios atienden al 80 por ciento. Nos aclaraba eso para que no hubiera error. Pero es evidente que cuando estamos hablando de una desintoxicación promedio de ocho a diez días, según la Memoria del Plan, una lista de espera de 26,8 días ya tiene importancia, porque estamos hablando de una lista de espera que es aproximadamente el triple de lo que supone que durará el tratamiento de desintoxicación. Por otra parte, su antecesor en el Ministerio nos dijo, en la interpelación de 1990, que con 211 camas de desintoxicación había suficiente, aunque otra cosa era que pudieran estar mal distribuidas espacialmente, y de ahí esas listas de espera. Por lo tanto, ahora, queremos saber cómo se justifica el que las listas de espera sean tan importantes cuando se ha pasado de 211 a 260 camas. Como estamos en una Comisión de estudio, se lo pregunto en estos momentos sin ánimo polémico, sino aclaratorio. Es decir: estas 260 camas de desintoxicación ¿son suficientes o no?, porque, a juicio de su antecesor, 211 camas ya eran suficientes, y en un año ha habido 50 más. Por ello, si hay esa lista de espera de 26,8 días, ¿cómo pue-

den decir que son suficientes? Entonces, el problema será que no están bien distribuidas. Por tanto, creo que sí hay una responsabilidad política por parte de su Ministerio, porque es evidente que tienen que controlar cómo se van abriendo esas camas de desintoxicación para que no se siga hablando más de que teóricamente son suficientes y, al mismo tiempo, no se reduzca la lista de espera.

Otra aclaración que le pediría al señor Ministro es en relación con los muertos por reacción aguda por el consumo de drogas. Las estadísticas del año 1990 nos hablan de 690 muertos, pero luego hemos visto que en sida ha habido 545 en el año 1990, y hoy nos ha dicho que, de esos, aproximadamente el 70 por ciento tienen por causa la drogadicción por vía parenteral. Es decir, droga, en definitiva.

Sería muy conveniente (y nosotros le hicimos una pregunta oral en Pleno que no se nos aclaró, señor Ministro) que, a efectos de tener una adecuada estadística de los muertos por droga, se unificaran los criterios, porque lo que llega a la opinión pública y nos llega a nosotros en principio, hasta que profundizamos en la materia, es que ha habido 690 muertos por reacción aguda, pero es evidente que todos los que han muerto por sida, pero en los que la causa era la droga, son muertos también por droga. Aparte de las enfermedades o patologías como hepatitis, tuberculosis, endocarditis, que tienen también por causa la droga, de las que no tenemos estadísticas al respecto, y creo que eso sí entra de lleno, no sólo en su responsabilidad como Ministro encargado del plan, sino como Ministro de Sanidad. Por tanto, yo le pido al señor Ministro que hagan un esfuerzo para unificar estadísticamente la información que en relación con las patologías, la morbilidad y la mortalidad derivada de las toxicomanías, existe en nuestro país.

Otra consideración, y lo hago de esta manera para no repetir otras intervenciones, sobre todo la de mi compañero, con las que, por supuesto, estoy de acuerdo. Nos interesaría mucho saber, señor Ministro, los siguientes datos: ¿tienen ustedes control estadístico de las rehabilitaciones y de las reinserciones que se producen? Es decir, las personas que entran en el circuito asistencial y que lo terminan con éxito, y, en su caso, aquellas que habiendo sido rehabilitadas, después, por el carácter recidivante de la drogadicción, vuelven a caer en el circuito. ¿Está adecuadamente establecido el seguimiento de este tema? Es muy importante saber, por ejemplo, si fueron unas 25.000 personas las que se acercaron al circuito asistencial el pasado año, ¿cuántos de ellos terminaron? Eso es lo que interesa: cuántos de ellos fueron rehabilitados; si fueron 25.000 drogadictos los que fueron a unidades de desintoxicación y después a unidades de deshabituación o directamente a unidades de deshabituación, ¿cuántos han sido rehabilitados? Y, en su caso, de esos que han sido rehabilitados ¿cuántos han vuelto a reincidir después? Creo que esos son datos que nos interesan mucho y de los cuales no tenemos, por los menos que yo sepa, hasta estos momentos, información.

También en relación con este tema, hay una pregunta que le quiero hacer, no con ánimo polémico, sino para

que me lo aclare. Cuando dice que el SEIT (el Servicio Estatal de Información sobre Toxicomanías) recoge información de seis capitales españolas a través de los Institutos Anatómicos Forenses, ¿debemos entender que los 690 muertos se refieren a esas seis capitales, o es a todo el territorio nacional? Y, en su caso, en las capitales en donde esos Institutos Anatómicos Forenses no están adecuadamente integrados en el SEIT ¿cómo se recoge la información? Como digo, le pido esa información no con ánimo polémico, sino para aclararlo.

Asimismo, aludiendo a lo que comentaba al principio, para intentar hacer un diagnóstico cuantitativo para después profundizar en la priorización de la asignación de recursos lo más correctamente posible, ya que sabemos que hay 25.000 personas que se han incorporado al circuito asistencial el pasado año, ¿en cuánto estiman ustedes la población drogadicta habitual y ocasional?

En otras comparecencias ante la Comisión Mixta, en otras Comisiones, en el Pleno, etcétera, respondiendo a preguntas orales y escritas de los grupos, tenemos la sensación de que más o menos se estimaba que la población consumidora de cocaína en España se podía valorar en unas 40.000, y que la consumidora de heroína, fuera ocasional o fuera habitual, en unas 80.000, y no entro ahora en los consumidores de «cannabis», sobre los que usted ya decía que las encuestas de información aludían a que estaba muy generalizado, aunque estabilizado, entre la juventud. Le pediríamos al señor Ministro que nos diera esta información, si es posible.

Ha dicho usted que el esfuerzo presupuestario, en todo caso las políticas de futuro, tenían que poner el acento en la prevención y en la reinserción. Yo estoy absolutamente de acuerdo. Pero fíjese, señor Ministro, como están en este momento los presupuestos, están volcados en la asistencia; a la reinserción se dedica el 8,2 por ciento, a la prevención el 28,6 y a la asistencia el 42,9 por ciento. ¿Hasta qué punto hay que invertir las prioridades que tenemos ahora? Si es evidente que la política de prevención es a medio y largo plazo pero es la más eficaz, y en eso estamos todos de acuerdo, no hay que olvidar que han pasado ya seis años desde la aprobación del Plan y todavía tenemos unos presupuestos que para prevención destinan menos de la tercera parte y para reinserción el 8,2 por ciento, en lo que usted ha puesto el acento. Fíjese hasta qué punto va a haber que invertir las prioridades, no sólo de palabras sino con las dotaciones presupuestarias correspondientes.

Ya para terminar con estas consideraciones generales querría hacer las siguientes puntualizaciones. Antes se ha aludido, efectivamente, a la política de maquetas y a la política de obras y yo estoy de acuerdo con esa frase, porque ya han pasado seis años desde la aprobación del Plan. Por ejemplo, la información que tenemos respecto a la Convención de Viena, que creemos que es correcta, es que España ya ha ratificado el contenido de la Convención, que hemos sido el vigésimo país y que han pasado los noventa días y que, por tanto, la Convención ya es vigente. Por consiguiente, si hablamos de hechos y no de palabras, ya deberían estar en esta Cámara los proyectos de ley

correspondientes para que esa Convención entrara en vigor. Cuando viene aquí el Ministro y pone tanto énfasis en esa priorización y en que hay que hacer esas cosas, decimos: Estamos de acuerdo; pero usted comprenderá que los grupos de la oposición tenemos derecho a decirle: Hechos y no palabras, porque ustedes tienen aquí un ejemplo clarísimo en el que ya no son millones los que hacen falta, ya que para enviar un proyecto de ley de modificación del Código Penal no son millones, en este caso concreto, lo que hacen falta, sino que haya la voluntad política de hacerlo. Esta tarde vamos a defender en el Pleno del Congreso una moción sobre esta cuestión y vamos a ver si nos pueden concretar más estos asuntos, porque llevamos mucho tiempo escuchando lo mismo.

En relación con el tema de la cocaína estamos básicamente de acuerdo con lo que ha dicho, señor Ministro. Es más, nuestro Grupo, en las comparecencias ante esta Comisión mixta, ha puesto mucho énfasis en la difusión, inteligente por supuesto, para no generar esa curiosidad malsana a la que antes se ha referido algún interviniente, de los peligros derivados del consumo habitual de cocaína. Tenemos la impresión de que hay una tendencia a trasvasar el consumo de heroína en favor del de la cocaína, las estadísticas de decomisos y detenidos van en esa dirección. Estamos convencidos de que el temor al sida influye y también el estereotipo del heroinómano, el «yonky» frente al «yuppy», un marginado frente a un ejecutivo agresivo, lo cierto es que por eso parece que es así, y en estos momentos los muertos por reacción aguda de drogas en el 97 o en el 98 por ciento de los casos se deben a la heroína, no aparecen datos de cocaína y existe el riesgo de que mucho consumidor de heroína o potencial consumidor de heroína se pase a la cocaína pensando que ésta no genera morbilidad ni mortalidad, y creemos, más que creer, afirmamos por los datos que tenemos que eso no es así. Por tanto, entendemos que todo el Gobierno, pero especialmente el Ministerio de Sanidad y el Plan Nacional, la Delegación del Gobierno, son los que tienen que informar en estos momentos de los peligros del consumo habitual de cocaína y nos tememos que esa conciencia no está generalizada entre la sociedad española; es decir, hay una clara conciencia de que la heroína mata, pero no hay esa conciencia en cuanto a la cocaína. Y si estamos diciendo que es mejor prevenir que curar, y estamos de acuerdo, seamos consecuentes, porque ahora estamos en la fase de silencio clínico, no aparecen las muertes por cocaína y dentro de unos años vamos a decir que sí aparecen. Era ahora cuando teníamos que haber informado, y nos tememos que eso no se está produciendo; mejor dicho, acusamos de que eso no se está produciendo, y creemos que hay que hacer un esfuerzo muy importante porque si no, evidentemente, la responsabilidad política va a ser grave dentro de unos años.

En relación con el tema del consumo público —no es ahora el momento de debatir eso, pero ya que lo ha sacado el señor Ministro, tenemos el derecho a formular alguna observación—, S. S. ha dicho: No es cierto que se despenalizara el consumo y la tenencia para el consumo en la reforma urgente y parcial del Código Penal del año

1983, porque la jurisprudencia del Tribunal Supremo en relación con la Ley del año 1971 lo había dejado claro. No se le escapa al señor Ministro que, sin entrar ahora en el fondo de lo que ha dicho, es evidente que una grave responsabilidad del legislador es no prever el efecto no deseado de una norma, y en todo caso, como mínimo, ese efecto no deseado de la norma se produjo, porque lo cierto es que, a partir de esa reforma, unida a otras reformas, evidentemente, es cuando se disparó en España el consumo y el tráfico de drogas, como lo pone de manifiesto el número de procedimientos judiciales por tráfico y consumo de drogas que se ha producido en España desde el año 1983, por no aludir a las muertes y a otras cosas; pero ya sólo en relación con los procedimientos judiciales abiertos por consumo y tráfico de drogas desde el año 1983, hemos visto que la progresión exponencial que se ha producido tiene como base de partida el año 83. Por tanto, aquí, la demostración empírica no admite ningún tipo de discusión y ustedes mismos —me refiero al Gobierno— lo reconocieron en la reforma de 1988, en la exposición de motivos, al aludir precisamente a este asunto. En consecuencia, vamos a ser serios y no vamos a intentar pensar que fue simplemente una mera operación de técnica jurídica la que llevó a esa reforma, porque es evidente que no fue eso lo único que pretendió aquella reforma y, en todo caso, no fueron esas técnicas jurídicas exclusivamente las consecuencias que se derivaron de aquella reforma. De manera que hay una responsabilidad política que tienen que asumir. Estamos de acuerdo que tienen derecho a rectificar, como todo el mundo —y ustedes son especialistas—, pero no pretenden decir además que esa reforma no tiene nada que ver con lo que después se ha producido, porque no es cierto; empíricamente, no es cierto.

Tercer asunto. Señor Ministro, puesto que todavía no han venido los proyectos de ley y en tanto que Ministro responsable del Plan, me gustaría conocer su opinión en relación con la posibilidad de que, para favorecer la rehabilitación de delincuentes drogadictos se incrementase la actual limitación que establece el Código penal para la remisión condicional de penas para aquellos que tuvieran impuestas condenas de dos años como máximo; hasta qué punto el incremento de esa limitación favorecería la rehabilitación de esos delincuentes, que están procesados no por ser drogadictos, sino por haber cometido delitos, aunque tengan por causa la drogadicción.

En relación con el problema de las prisiones, tengo la sensación de que ha pasado demasiado en puntillas sobre ese problema desde el punto de vista sanitario, porque es evidente que en estos momentos en que hay 15.000 reclusos drogadictos —el señor Asunción dijo el 46,9 por ciento de la población reclusa—, el problema del sida y el de la drogadicción habitual en las prisiones españolas las convierte en una auténtica bomba de relojería, porque hay una gran concentración de una población con un riesgo evidente y, desde el punto de vista sanitario, está muy concentrada la población afectada por esa patología, por lo cual nos parece que no se está haciendo todo lo que se podría y, en todo caso, se debería hacer. Me gustaría que el señor Ministro lo concretara más, a ser posible; es de-

cir, teniendo presente que tenemos esa elevada concentración en espacios físicos muy predeterminados de personas con el problema del sida y con el de la drogadicción, hasta qué punto podemos conseguir que a esas personas se les den todos los medios necesarios para que, contando con su voluntad, por supuesto, puedan deshabituar-se y, en su caso, curarse.

Para terminar y en relación con este mismo tema de las prisiones, señor Ministro —y creo que esto le puede afectar doblemente—, quiero preguntarle si no cree S. S. que sería interesante que se creara la especialidad de medicina penitenciaria, que no existe en estos momentos, y que, quizás, dada la especificidad —insisto— de esa patología en dichos establecimientos, podría coadyuvar positivamente, aunque no como solución milagrosa, a una política más eficaz en ese ámbito.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor López Riaño.

El señor **LOPEZ RIAÑO**: Señor Presidente, señor Ministro de Sanidad y Consumo, quiero agradecer la presencia del Delegado Nacional del Plan contra la Droga, don Miguel Solans, en esta Comisión.

Señor Presidente, voy a manifestar algo que es un sentimiento de nuestro Grupo y también un sentimiento personal de satisfacción, de profunda satisfacción como miembro de esta Comisión, y su base y fundamento es que el Congreso de los Diputados y el Senado, en el primer día de su actividad parlamentaria después de las elecciones municipales que ha realizado nuestro país, conceda su máxima atención en la mañana de hoy y también, como ha dicho el señor Fernández Díaz, parte de la tarde de la actividad parlamentaria, al problema de las drogas, porque, como es conocido, esta tarde veremos la moción consecuencia de interpelación presentada por el Grupo Parlamentario Popular, lo cual prueba, señor Presidente, que los trabajos de esta Comisión, afortunadamente para todos, no estuvieron nunca inspirados por presión electoralista de tipo alguno; que esta Comisión ha desarrollado un programa de comparecencia consensuado por todos los grupos como reiteradamente expusimos, y cuyo momento culminante para esta inicial etapa es la comparecencia, a la que hoy asistimos, del señor Ministro de Sanidad y Consumo.

El señor Vázquez ha introducido una interesante y a mí me parece que divertida cuestión. Ha dicho que el señor Ministro de Sanidad, en realidad, se había conducido en su comparecencia y en la información que nos ha proporcionado cual si fuese el Presidente del Gobierno. Yo creo que es público y notorio que el Ministerio de Sanidad coordina una comisión interministerial cuyos titulares han comparecido en esta Comisión. Luego parece obvio, si se sabe dónde está uno —que parece también elemental empezar por saber cuál es la tarea y cuál es la institución en la que uno está integrado—, que en la mañana de hoy la comparecencia del señor Ministro de Sanidad ha hecho bien —y me parece que ha sido un espléndido acierto— en recoger aspectos muy significativos de lo que

esta Comisión tuvo ocasión de oír por boca del señor Ministro de Educación, de la señora Ministra de Asuntos Sociales, del señor Ministro de Trabajo y de los titulares de Interior y de Justicia. De modo que a mí me parece, y agradezco como Grupo Parlamentario ese resumen del señor Ministro de Sanidad, que es una tarea metodológicamente racional y no tiene otro alcance ni otro significado que esa situación.

Quiero anunciar, y es una declaración de posición de nuestro Grupo, que el Grupo Parlamentario Socialista entiende que esta primera fase de los trabajos de la Comisión puede estar concluida y en breve plazo y de acuerdo —sería deseable— los portavoces y la Mesa, que es quien tiene que decidir, proceder a la apertura del trámite de conclusiones definitivas de esta primera fase interesantísima de los trabajos de la Comisión. Lo cual signifique que, como en otras ocasiones, crear una comisión en el Congreso y en el Senado no es, como se suele decir, para abandonar la profundidad en los temas que interesan, sino sencillamente para llegar a un criterio y a unas conclusiones. El Grupo Parlamentario Socialista, pues, en breve plazo —como indico— producirá esa iniciativa que quiere compartir con toda lealtad con los demás grupos, sin perjuicio de la posición, como es lógico y natural, que cada uno de nosotros podamos tener en la observación, análisis y conclusión de nuestra experiencia como comisionados en esta Comisión. Desde luego, debíamos empezar a ponernos de acuerdo para que el método de trabajo sea válido y objetivamente fértil en algunas cosas que, sin embargo, curiosamente cuando se habla de la droga en nuestro país, producen una grave confusión a los ciudadanos. Podríamos ponernos de acuerdo, por ejemplo, en la incidencia que la heroína tiene en nuestro país, en su imagen en la sociedad, pero también en sus efectos reales. Podríamos ponernos de acuerdo en el proceso que, estamos comprobando, va a tener el consumo de cocaína y también en la incidencia que otros productos, no considerados como drogas tan peligrosas, tienen en nuestra sociedad.

Me parece un gran avance, por parte de todos los comisionados y del Grupo —así lo entiende el Grupo Parlamentario Socialista— el que se puedan aproximar, como han dicho los señores portavoces, algunos datos que sean definitivos o cuasi definitivos, porque la sociedad va a seguir evolucionando y el problema en consecuencia también. No vamos a pretender, señor Presidente, que con los trabajos de esta Comisión sepamos todo sobre la droga y se nos ocurran todas las soluciones a este conflicto, pero sería muy interesante poder decir a la Cámara en su momento y a la sociedad española en su conjunto que los parlamentarios españoles, como dijimos cuando intervini-mos en la aprobación del Convenio de Viena, somos capaces de ejercer una tarea rigurosa y fértil en este ámbito de la realidad social.

Tendríamos que ponernos también de acuerdo respecto de la incidencia de la mortalidad y su relación con la edad de los afectados, si es verdad o no ese envejecimiento que se está produciendo, sin duda constatable, respecto a la mortalidad relacionada directamente con el uso de

la heroína, porque es un dato fundamental para entender después el análisis sociológico de conjunto. Tendríamos que ponernos de acuerdo en si esa mortalidad es producto de sobredosis o es producto de algún otro factor que pueda incidir en esa morbilidad, porque, si fuese una cuestión de sobredosis, todos los elementos culturales y educativos que pudiéramos generar como cultura hacia la sociedad podrían ir encaminados a esa advertencia ya sería rigurosa, constatada con la realidad, de la peligrosidad, de la enorme peligrosidad del uso de la heroína sobre todo por vía parenteral.

También me parece un asunto apasionante, que tocamos a veces desde disciplinas o sensibilidades personales plurales los médicos, abogados, juristas, policías, jueces, esa relación entre medicina y droga. Me parece que, de la misma forma que sin tener conocimientos profundos de medicina es capaz uno de asimilar la historia de la medicina, se han presentado a lo largo de los siglos asociaciones o sociedades entre conductas humanas y enfermedades relacionadas. Es el caso, por ejemplo, de la prostitución y la sífilis. Yo recuerdo, siendo joven, haber preguntado por esa relación y era impresionante, señorías, hasta la aparición de los antibióticos, la morbilidad, la insania que la sífilis primaria, secundaria o terciaria producían en consecuencias de deterioro renal, hepático y cerebral, por último, en esa expresión definitiva que era la parálisis cerebral fundamentada básicamente en el desconocimiento de la propia enfermedad.

Ahora lo que sucede —porque todo cambia, la sociedad cambia y la historia modifica los conceptos y las realidades— es que estamos en presencia de un fenómeno en virtud del cual el sujeto activo es además el enfermo. Es decir, se puede ser enfermo porque se depende de una droga y, además, resultar afectado por enfermedades que se han señalado aquí como hepatitis, sida, etcétera. Sería positivo, quizá, aunque no absolutamente necesario, clarificar definitivamente esa relación y decirle a la sociedad, si es que es cierta, dada la experiencia del Plan nacional y del propio Ministerio, qué grado de relación existe. Un tema también muy importante es el que se refiere al mundo de la farmacología y de la farmacia. Es evidente que no se debe impedir un progreso farmacológico, que la farmacia seguirá investigando en un progreso científico sobre nuevas sustancias que produzcan efectos de alguna forma psicotrópicos, o de alguna forma compensadores de la tensión en la que todo ser humano vive en nuestra sociedad. Es verdad que la farmacia tiene ese derecho, pero es verdad que debe ser un derecho ejercitado en equilibrio. Y lo mismo que, por ejemplo, en aspectos que han surgido y han sido debatidos en esta Cámara, como en el aspecto médico esencial las iniciativas respecto de la regulación legislativa de la biogenética o de la manipulación genética, es obvio que podríamos llevar a la conciencia de la Comunidad Europea y de las Naciones Unidas el criterio de una revisión de ciertos controles para el equilibrio de la producción farmacéutica universal. Porque es obvio que gran interés tendría para todas las naciones que se dedicase más financiación al descubrimiento de antidotos, o a la investigación respecto del sida, que

no a esa progresiva manipulación farmacéutica a la que el mercado en su insaciable demanda nos lleva (y aquí se debatió la Ley del Medicamento), a una proliferación de sustancias a las que llamamos legales y que pudieran producir también graves trastornos para la salud.

Quiero advertir, para que sepamos por dónde van a ir con toda lealtad nuestras conclusiones, que obviamente si fue la mayoría socialista la que presentó a la aprobación de esta Cámara el Convenio de Viena, el Convenio de Viena se va a desarrollar en nuestro país. Pero quiero advertir al mismo tiempo que respecto al Convenio de Viena —y ustedes habrán sido testigos en el debate electoral de estas últimas semanas— hay una cierta confusión, cuando, por ejemplo, un portavoz de un grupo importante sostiene en Televisión que España es el último país que lo suscribe. Pues no. Tendremos que ponernos de acuerdo en que fuimos el país número 13 que suscribió el Convenio de Viena y que para su vigencia es necesaria, cuando menos, la firma de 20 Estados. Analizaremos en qué momento está ese Convenio, con la voluntad manifestada por el Gobierno y asumida y respaldada por el Grupo mayoritario de esta Cámara de llevar el Convenio de Viena a la realidad de nuestro ordenamiento.

Pero deberíamos pensar, señorías, que el Convenio de Viena intenta equilibrar dos factores importantísimos. Por un lado, el interés de los países desarrollados y productores. Es un Convenio de Naciones Unidas y, como se ha dicho, tiene esa doble posición favorable que recoge no sólo la opinión de los países ricos y consumidores sino de los productores. Hace reserva para las constituciones de los países, porque está pensando que hay constituciones... (El señor Fernández Díaz: En una parte.) Sí, señor Fernández Díaz, en una parte muy importante, porque formamos parte de esos países que tienen una constitución de corte esencialmente democrático, social y de Estado de derecho. El propio Convenio advierte que habrá naciones que porque tienen ese desarrollo superior a países menos desarrollados, no ya en la economía sino en sus instituciones políticas, el Convenio respetará los grandes principios de las constituciones.

Voy terminando porque ha de intervenir también mi compañero don Octavio Granado. Quiero volver a discutir, señorías, el tema legislativo, porque hemos observado en la campaña electoral cómo algunas publicaciones de crédito y de prestigio en nuestro país llegan a la conclusión de la famosa despenalización del año 1983. Cuando ya estamos actuando en 1991, a tres años de la reforma de 1988, que endureció y se anticipó al Convenio de Naciones Unidas y que nos ofrece una experiencia y requiere de nosotros la máxima atención a este tema, cabría decir: Olvidemos 1983 y veamos que el endurecimiento de 1988 plantea, sin embargo, una serie de problemáticas que la ley penal no puede resolver.

Respecto del consumo público, no vamos a hacer ahora objeto de debate esta cuestión porque lo haremos el día que presentemos nuestras conclusiones. Entonces SS. SS. y nosotros mismos tendremos ocasión de participar, por vía de voto particular o incorporándose a un documento mayoritario, en la posición final que elegimos:

si liberalización, si penalización, si sanción administrativa, advirtiendo —y lo digo con cierto pesar y sin ningún rencor que en un programa importante de Televisión un grupo parlamentario que está aquí presente —y no se trata de una cuestión polémica— sostiene en público que se aproxima a la sanción administrativa del grupo mayoritario y del Gobierno. Pues bien, ese Grupo votó en esta Cámara la moción de los señores del Grupo Popular que penalizaba el consumo. ¿Va a servir esta Comisión para que con toda seriedad nos pongamos de acuerdo, incluso con reserva de lo que cada uno piensa, pero que lo que cada uno piensa sea de verdad coherente con lo que viene diciendo? Aquí concluyo. Será suficiente o insuficiente, pero en su comparecencia hoy el Ministro de Sanidad que me parece excelente por su contenido y por lo que nos va a ser útil a todos en nuestro trabajo, no sólo habla de una transformación del Plan nacional de la droga, que creo que es innecesaria; de lo que está hablando el señor Ministro es de una cantidad importante de asuntos que están en marcha, de la necesidad de prorrogar toda esa actuación que se originó en 1985 con la creación del Plan, de actualizar las vivencias —porque la soberanía popular así lo puede recomendar al Ejecutivo— las conclusiones y el futuro que nos cabe diseñar en este punto, que esté incardinada (y me anticipo ya al debate de esta tarde, porque estamos debatiendo por la mañana y por la tarde las mismas cosas y eso no es a iniciativa de nuestro Grupo precisamente) que esté asentada esa actividad administrativa del Ejecutivo en la Presidencia del Gobierno o que continúe en el Ministerio de Sanidad sencillamente nos parece, señorías, baladí. Lo importante es que este asunto funcione, que el Plan recoja las insinuaciones que seamos capaces de formular, que después las controlemos y las sigamos controlando en una tarea de seguimiento para ver si esos ofrecimientos que hace la Administración van siendo realidad, en un desarrollo de prioridades que también nosotros podemos fijar, incluso con independencia de la opinión que tenga el Ejecutivo. Es decir, si el Ejecutivo formula aquí 21 conclusiones, no hay ningún inconveniente para que nosotros, representantes de la soberanía popular, las prioricemos en la medida en que estimemos conveniente.

Con el anuncio de que las conclusiones se avecinan, lo que permitirá iniciar una segunda fase a esta Comisión de tanta importancia y transcendencia como la que hayamos podido desarrollar modestamente hasta este momento, me parece que sería bueno crear la sensación de que esta Comisión produce resultados, fuera ya de las presiones políticas y electorales, y que esos resultados —al menos es el deseo del Grupo Parlamentario Socialista— sean compartidos al mayor nivel con sus señorías.

El señor **PRESIDENTE**: El señor Granado tiene la palabra.

El señor **GRANADO MARTINEZ**: Voy a concretar brevemente la brillante intervención del portavoz del Grupo Socialista.

Como él ha indicado, estamos abocados ya a la fase de

las conclusiones. En este sentido, mi intervención tiene por objeto suscitar algunas reflexiones para conocer la opinión del señor Ministro sobre lo que podrían ser algunas conclusiones de trabajo de la Comisión en la línea que anima al Grupo Socialista, que es la de llegar a un acuerdo entre todos los grupos de la Cámara que permita a todos los poderes ejecutivos, desde el Gobierno de la nación a los ayuntamientos, pasando por las comunidades autónomas, mejorar el funcionamiento de sus planes, y de sus actuaciones en materia de prevención, asistencia y represión de los problemas relacionados con las drogas.

Una primera reflexión es sobre la coordinación administrativa. Mi Grupo piensa que el balance del Plan Nacional es muy positivo en el sentido de que se han integrado actuaciones de los diferentes Departamentos de la Administración central del Estado, de las diferentes comunidades autónomas y de los ayuntamientos. ¿Cabría asignar nuevas funciones a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para seguir profundizando en esa integración de actuaciones de los diferentes Departamentos de la Administración central del Estado, o piensa el señor Ministro que con las funciones que en estos momentos tiene asignada la Delegación y con los instrumentos de coordinación que existen es suficiente para poder seguir profundizando en esa labor de integración? Parece que las relaciones con las comunidades autónomas son extraordinariamente positivas. Yo soy Senador por una comunidad autónoma gobernada por el Partido Popular, y el Consejero de Bienestar Social de mi Comunidad Autónoma no ha tenido empacho en proclamar a la Comunidad Autónoma de Castilla y León como la más identificada con el Plan Nacional sobre Drogas. En tal sentido yo creo que las relaciones en ese plano son inmejorables, pero ¿se puede decir lo mismo de los ayuntamientos? ¿No sería posible alcanzar algunos instrumentos tan eficaces como los que existen con las comunidades autónomas para integrar más directamente a los ayuntamientos, sobre todo a los más importantes, en el Plan Nacional? En la memoria que todos los años presenta el Plan Nacional, y que no es sino la suma de las memorias de las comunidades autónomas más la memoria de la Delegación del Gobierno, ¿no deberían integrarse ya algunas referencias a los planes municipales que permitieran una comprensión mayor de la realidad? Estas serían algunas de las preguntas en el pleno de la coordinación administrativa. En el plano de la prevención, me gustaría conocer la opinión del señor Ministro porque mi Grupo está decidido a llegar a algún gran acuerdo político sobre cómo tiene que hacerse prevención de drogodependencias en este país. Tenemos que ponernos de acuerdo en quién emite los mensajes preventivos. Hemos ensayado con líderes de opinión, deportistas y cantantes. Y habría que valorar esas experiencias. Algunos grupos políticos, sin duda guiados de buena fe, han intentado protagonizar ellos mismos mensajes preventivos a través de sus líderes, y también habría que valorarlo. En conjunto habría que llegar a algún acuerdo sobre mínimos y máximos, qué es lo que debemos hacer y qué es lo que no debemos hacer. ¿Sería posible enmarcarnos como objetivo

el ir incardinando los programas de prevención de cada uno de los diferentes sistemas comunitarios, desde el sistema educativo al sistema sanitario, en programas de ámbito más comunitario; extremar la coordinación de lo que se hace en las escuelas con lo que se hace en los centros de salud, con lo que se hace en los centros de servicios sociales, para conseguir que un ayuntamiento o una comunidad autónoma pueda lanzar un programa preventivo global en un territorio concreto? ¿Sería posible seguir profundizando en la extensión de los programas preventivos? Yo creo que estamos empezando a hacer bien las cosas y que estamos corrigiendo muchos errores, pero también es cierto que las estamos haciendo en un territorio todavía insuficiente. ¿Es posible llegar a cubrir no todo el territorio nacional pero, por lo menos, las áreas más amplias posibles en programas preventivos?

En cuanto al plano de la atención, de la asistencia, me gustaría que el señor Ministro me comentara algunas cuestiones. ¿Podemos intentar marcarnos como objetivo estimular la demanda de tratamiento de los toxicómanos? Yo creo que la experiencia que en estos momentos tenemos es que los toxicómanos con menos años de consumo tienen un diagnóstico mucho más favorable en su atención que los toxicómanos con más años de consumo. ¿De qué manera podemos conseguir incitarles a que se traten? En estos momentos tenemos ya, gracias a la puesta en marcha del Plan Nacional, una red de centros que, si no es suficiente, por lo menos es estimable. Tenemos programas acreditados, centros públicos, profesionales bien formados que están cubriendo sus funciones con un cierto grado de satisfacción, pero nos sigue faltando todavía ese porcentaje de la población toxicómana a la que no llegamos. Yo creo que está bien y es loable el objetivo del Plan Nacional y del Gobierno de la nación intentando cubrir esa población con programas de metadona como sustitutivo y otro tipo de programas. ¿Pero podríamos mejorar la relación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales a fin de conseguir que los servicios sociales, por un lado, y las propias familias y las organizaciones no gubernamentales, por otro, sean capaces de coadyuvar el tratamiento de toxicómanos incentivándoles a que se traten? Me gustaría que el señor Ministro me diera su opinión sobre si piensa que entre las conclusiones de esta Comisión podría figurar una que dijera que preservar el derecho de los toxicómanos a su tratamiento es fundamental, que esta preservación debe hacerse venciendo los obstáculos que a veces pone la misma comunidad, que no quiere centros de tratamiento, y que, en cualquier caso, la eficacia del sistema represivo contra el tráfico de drogas no tiene que pasar nunca por alejar a los toxicómanos de los centros de tratamiento. Es decir, que no podemos conseguir mayor eficacia en la represión a costa de asustar a los toxicómanos para que no vayan a tratarse.

Necesitamos llegar a un gran acuerdo nacional en materia de acreditación de centros. Yo creo que las bases de este acuerdo ya están fijadas en el protocolo que elaboró la Delegación del Gobierno y que discutió con las comunidades autónomas, pero por desgracia todavía siguen existiendo centros de tratamiento inadecuados y centros

que no son de atención a toxicómanos, pero que se revisan de esa forma para captar afiliados a organizaciones sectarias o simplemente para hacer negocio a expensas de los toxicómanos. Yo creo que las bases del gran acuerdo ya están llegando, pero necesitamos impulsar decididamente este acuerdo entre las fuerzas políticas y las Administraciones públicas, porque es una competencia de las Comunidades autónomas. El señor Ministro ha dicho algo muy sugerente y es que necesitamos evaluar los centros. Yo conozco, porque alguna labor profesional he desarrollado en ese aspecto, las dificultades de esta evaluación, sobre todo en una enfermedad que se define en torno a un consumo y en la que la curación —si cabe hablar de curación— se define en torno a la abstinencia, lo cual hace especialmente difícil el seguimiento de en qué medida se puede considerar rehabilitado a un toxicómano. Pero es posible que nos dotemos, como nos hemos dotado ya, de un sistema estatal de información sobre toxicomanías que yo creo que es modélico; es posible que nos dotemos de algún sistema de seguimiento, por muy imperfecto que éste sea, de las personas que están en centros de atención, aunque sirva simplemente a efectos de muestra para conocer, como bien decía el señor Ministro, los que funcionan y los que no. Los que funcionan mejor hay que incentivarlos y los que funcionan peor probablemente habrá que desincentivarlos.

En materia de reinserción social hemos progresado mucho. Creo que la intervención del señor Ministro ha sido muy reveladora en ese sentido, en cuanto a recurso de ayuda a los toxicómanos mientras se está tratando de insertarlos laboralmente en la sociedad. Todavía nos falta hacer mucho en el plano relacional. Los toxicómanos tienen problemas con sus familias, con sus amistades y problemas afectivos. Nos cuesta mucho más trabajar en ello porque estamos tratando con un intangible mucho más difícil de valorar. En cualquier caso, es evidente que tenemos que seguir trabajando mucho en la reinserción social de las personas que ya han culminado su tratamiento o algunas fases del mismo a satisfacción, y que lo que quieren no es ser ex-toxicómanos; lo que quieren es ser personas normales que han olvidado ya una etapa de su vida. ¿Cómo podríamos conseguir esto? Es difícil, pero tenemos que poner a trabajar en esa dirección los recursos, que no tienen por qué ser para ex-toxicómanos ni para toxicómanos sino recursos generales, desde clubes juveniles hasta asociaciones de padres, culturales, recreativas, de todo tipo y, evidentemente, presupuestos no en especial para drogas sino generales de animación.

Para terminar, nosotros pensamos insistir en las conclusiones en la sensibilización social. No es posible que la sociedad esté desconociendo muchas veces lo que se hace desde los poderes públicos. Aquí se ha puesto de manifiesto algo que es verdad y es cómo una equivocada presentación de una reforma legal —una equivocada presentación— a veces puede tener efectos indeseables. Nosotros pensamos que muchas veces a la sociedad española le da la sensación por los mensajes que algunas personas emiten valorando la acción de los poderes públicos, de que se está haciendo tan poco por el problema de las drogas

que parece que está creciendo, que nos desborda y que no podemos hacer nada eficaz. ¿Sería posible que llegáramos a algún gran acuerdo político para valorar lo que se hace en su justa medida, de tal manera que ofreciéramos un mensaje realista a la sociedad, no optimista pero tampoco tan desesperanzador, y que también exigiéramos a las personas un comportamiento solidario? Porque realmente si no existe ese comportamiento solidario buena parte del trabajo de los poderes públicos se va a ver frustrado. Tenemos que conseguir que las personas acepten los centros de atención a toxicómanos, que las organizaciones sociales acepten su papel en este trabajo común y no simplemente sean las organizaciones de afectados las que lo desarrollen. ¿Cómo se puede impulsar esto? Sé que la Delegación del Gobierno ha puesto en marcha unas campañas que me parecen bien diseñadas, pero me gustaría que el señor Ministro nos pidiera cosas a nosotros, porque sin duda desde la relativa soledad del Poder Ejecutivo se pueden hacer demandas al Poder Legislativo para que el acuerdo entre los diferentes grupos políticos de la Cámara puedan ayudar al Gobierno de la nación, a las comunidades autónomas y a los ayuntamientos a desarrollar su función. En este sentido quiero animar al señor Ministro a que nos pida cosas, porque el Grupo Socialista es receptivo a esa labor de colaboración que pensamos que debe existir en un tema tan importante.

Por último, he de decir que desde el Grupo Socialista hay que hacer hincapié en algo que es tan evidente y es que el trabajo desarrollado en estos cinco años, desde la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas es abrumador. No podía ser menos porque es abrumador el problema, pero es un trabajo que demuestra que la sociedad española de cara a este problema y que la actuación de los poderes públicos en España pueden ser tomadas como modelo. Creo que con el acuerdo político que busca esta Comisión este trabajo va a mejorar, que a fin de cuentas es nuestro objetivo.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra el señor Ministro para contestar o comentar las intervenciones de los señores portavoces.

El señor **MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO** (García Valverde): Muchas gracias, señorías, por sus intervenciones, por la contribución que han hecho al tema que nos ocupa en el día de hoy.

Quisiera empezar afirmando que todo lo que en esta comparecencia se ha manifestado es el producto de alguien que es testigo imparcial, por el poco tiempo que ha estado en el Ministerio, dos meses escasos, de la obra que se ha hecho en los últimos años. Por tanto, empiezo diciendo esto precisamente para dotar de la mayor objetividad a mis impresiones, a mis afirmaciones, tanto las que he realizado antes como las que lleve a cabo ahora. Lo hago porque quiero poner de manifiesto que efectivamente en estos últimos años se ha conseguido formar un cuerpo de doctrina, dentro de la Delegación del Gobierno y en el seno del Plan Nacional sobre la Droga, sobre cómo afrontar el problema de la droga en España.

No estimo que sea justo decir que estamos hablando constantemente de maquetas y que no hacemos demasiadas edificaciones. No voy a caer en la fácil justificación de que para hacer el edificio hay que hacer la maqueta, porque realmente lo que se ha hecho en estos últimos años no sólo son maquetas sino conquistas importantes en el terreno —insisto— de lo que podríamos llamar el cuerpo doctrinal, la teoría de cómo atacar un problema que es complicado por naturaleza, que no tiene una solución sencilla, que no tiene un solo responsable al que se le pueda decir usted es el que tiene que resolver esto. Es, por definición, un problema de origen vario y de responsabilidades diversas, cuyo tratamiento sólo es posible con procedimientos y enfoques multidisciplinarios. Eso es precisamente lo que constituye el mayor mérito, señor Presidente, del enfoque que se le ha dado mediante una delegación del Gobierno que se encarga de formular y desarrollar un plan nacional sobre drogas.

Se ha intentado dar enfoques interdisciplinarios. Su señoría decía que por qué no dentro de la Presidencia del Gobierno. A las razones que aducía el señor López Riaño, que me parecen verdaderamente acertadas, yo añadiría una más, que me parece coherente con el propio enfoque filosófico que se le ha dado a la política de lucha contra la droga la adscripción al Ministerio de Sanidad y Consumo. ¿Por qué? Hay dos grandes enfoques en la lucha contra la droga. El enfoque tirando —digamos— a represivo y el enfoque tirando a preventivo y solucionador de los problemas ya creados en el momento en que no tienen remedio. Desde el principio hemos sido partidarios claros de políticas de lucha contra la droga basadas en la prevención y no tanto en la represión. En la medida en que eso es así, parece lógico que un plan y una delegación del Gobierno se adscriban administrativamente en el Departamento que tiene más que ver con las instituciones que se ocupan y que tienen la responsabilidad de la asistencia y también de la prevención. No olvidemos que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene, dentro de la parte de sanidad, dos grandes núcleos de actividad: lo que podríamos llamar la política de promoción de salud y la sanitaria propiamente dicha o de asistencia hospitalaria y primaria. Por tanto, si bien puede haber argumentos teñidos de alguna intencionalidad política que puedan dirigir la adscripción hacia la Presidencia del Gobierno por otras razones, a mí me parece, honesta y profesionalmente, que está bien adscrito al Ministerio de Sanidad, precisamente por la coherencia respecto del enfoque que se da a la lucha contra el fenómeno de la drogadicción.

Como las intervenciones de SS. SS. han llegado a detalles que merecen respuestas tan detalladas y concretas como lo han sido las preguntas, lo que me propongo es enviar a la Presidencia de esta Comisión Mixta contestaciones escritas a las preguntas concretas junto con el texto de la intervención. Dicho esto, trataré de hacer una aportación a los asuntos de tipo general que se han planteado.

Quiero empezar por el relativo al excesivo énfasis en los planes de futuro. Creo que los planes que he anunciado, desde el punto de vista cuantitativo, ocupan algo así como el 10 o el 15 por ciento de mi intervención y el res-

to ha estado dedicado a describir qué se ha hecho y cómo se ha hecho. En todo caso, los planes están perfectamente enraizados en lo que se ha venido haciendo. Tienen la misma filosofía. Parten del principio de que la drogadicción no es algo que debemos reprimir en la media en que sea un delito, sino que es algo que tenemos que prevenir porque constituye una enfermedad para las personas que han tenido la desgracia de sufrirlo, así como su entorno familiar. Por tanto, todos los planes futuros tratan de aprovechar la experiencia que hemos adquirido en los últimos años llevando a cabo una política de prevención más activa, que tenga que ver más con el largo plazo y no tanto con resultados concretos.

A mí me gustaría resumir, de alguna forma, qué pretendemos al hablar de prevención, porque decimos tantas veces las palabras que llegan incluso a perder la fuerza de su significación etimológica. Cuando pronunciamos la palabra prevención lo que verdaderamente queremos significar es la necesidad de poner de moda lo contrario. No existe una manera de luchar de forma seria contra el fenómeno de la droga si no es mediante conductas colectivas del cuerpo social mayoritario contra dicho fenómeno. ¿Eso qué supone? Algo que se conoce en Sociología con el nombre de modas. Tenemos que ser capaces de poner de moda el luchar contra la droga y eso es simplemente tener hábitos de vida saludables cuya frontera es muy difícil de señalar. No se trata de decir: esto es malo hasta aquí y más allá es bueno; difícilmente podremos establecer esa frontera. Por tanto, tenemos que hacer de la lucha contra la droga algo más amplio que tenga que ver con la política de promoción de salud; que tenga que ver con la puesta de moda de toda una serie de hábitos y de conductas que sean saludables. No se acaba en las drogas duras ni en las blandas, sino que tiene que ver también con el tabaquismo y con el alcohol. No debemos hacer de ello una actuación dirigista diciendo que es malo fumar o beber alcohol, porque no cabe duda que no hay una frontera clara entre unas cosas y otras, al menos desde el punto de vista preventivo. Desde ese punto de vista tenemos que enunciar políticas que pongan de moda actuaciones individuales y colectivas, también sinérgicas con ese vivir con salud. Esto es lo importante del planteamiento de lucha contra la droga que hemos venido desarrollando en los últimos años.

Me preguntaba S. S. qué podía pedir; que tratase de encontrar una solución. Se lo agradezco y creo que hay una que es muy importante, empalmando con este fenómeno de poner de moda. ¿Cómo se pone de moda algo? Consiguiendo que líderes de opinión, líderes sociales tengan determinados comportamientos. Eso es poner de moda algo. La sociedad se encadena entre unos que van delante y otros que hacen de seguidores. Yo creo que en estos momentos lo que debemos hacer es procurar convencer a todos los que son líderes de opinión y actúan como tales —podemos encontrar en Diputados y Senadores grandes líderes de opinión— para que sean un medio propagandístico para que nuestros compatriotas tengan modos y hábitos de vida más saludables. Eso es algo que yo pediría.

Pasando de los planteamientos generales, de esa explicación de lo que yo entiendo que es prevención, que no es sólo programas concretos, que es algo tan etéreo como esto de poner de moda algo, pasando de esos planteamientos generales a los concretos me gustaría hacer algunas aportaciones a sus preguntas específicas.

Yo no creo que España constituya una lavandería, como me ha parecido entenderle. Creo que ciertamente es un fenómeno difícil; antes me refería a la gran colaboración que vienen prestando la Asociación Española de Banca y las Cajas de Ahorro. Es un fenómeno que tiene que ver con lo que podríamos llamar la imaginación financiera y la capacidad de crear nuevos productos financieros. Por tanto, no podemos contentarnos con una normativa estática, sino que tendremos que estar constantemente renovando las medidas antiblanqueo mediante una colaboración intensa con las instituciones financieras, que cada día tienen que ir descubriendo la nueva forma de llevarlo a cabo. En términos generales yo diría que no se ha producido, que conozcamos, un blanqueo masivo en España, ni mucho menos. Se pueden detectar otros centros internacionales donde esto ocurre, pero, desde luego, en opinión de los expertos financieros internacionales España no está en esa situación. Creo que sería excesivo decir que estamos en un país de lavandería de dinero procedente de la droga, pues podríamos introducir dosis excesivas de pesimismo a la situación actual.

Respecto a los medios para la rehabilitación, trataré de dar a SS. algunos datos que me han pedido. Las cantidades invertidas, en millones de pesetas, del total Administración central y comunidades autónomas, han pasado de 5.835 millones de pesetas a 14.000 millones en 1990. De estos 5.000 millones de 1986, 2.432 millones fueron de comunidades autónomas y 3.403 millones de la Administración central. De los 14.354 millones de 1990, 5.218 millones procedían de la Administración central y 9.096 millones de las comunidades autónomas y aprovecho para referirme a un comentario que hacía el señor Barceló a propósito de su preocupación sobre la disminución de la aportación de la Administración central en el total.

No podemos olvidar que comunidades autónomas y ayuntamientos son protagonistas directos de la actuación de lucha contra la droga en sus distintas fases: prevención, asistencia y represión. No podemos olvidar que los fondos de la Administración central, básicamente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional, deben cumplir el objetivo de impulsar las actuaciones y que deben ser retomadas esas actuaciones financiadas lo antes que se pueda y en la mayor medida posible por las propias comunidades autónomas y los propios ayuntamientos. Si los fondos utilizados por la Administración central consiguen esa toma de conciencia y esa presupuestación por parte de comunidades autónomas y de ayuntamientos para la lucha contra la droga, hemos conseguido nuestro objetivo. Lo cual no quiere decir que si fuesen necesarias cantidades adicionales para ser presupuestadas y gastadas por la Administración central, yo sería partidario

de que se pusiesen en funcionamiento y sin el gran límite que tienen.

Otro dato que me ha sido solicitado es el referente a los centros de asistencia a toxicómanos en España, públicos y privados. Hemos pasado en comunidades terapéuticas de 40 en 1983 a 120 y en ambulatorios de 58 a 359. Esto da bastante idea del aumento de los recursos que se ha producido, pero también da idea de que este aumento de recursos ha producido, pero también da idea de que este aumento de recursos ha procedido sobre todo de la parte no de Administración central sino de comunidades autónomas y de ayuntamientos, que era precisamente uno de los objetivos del Plan Nacional sobre la Droga.

Decía el señor Fernández Díaz si las prioridades son distintas. Claramente no lo son. La continuidad en cuanto a la filosofía y las prioridades es la misma. Con las actuaciones de futuro se trata simplemente de profundizar en las acciones llevadas a cabo, de aumentar el número de recursos económicos y humanos que se han puesto a disposición para el cumplimiento de los objetivos.

En cuanto a la información sobre rehabilitación, como le decía antes, le mandaremos un juego de datos, pero de memoria le puedo decir que el total de personas que entran en el proceso de rehabilitación se divide en tres tercios: un tercio cura, un tercio vuelve y otro tercio desaparece, no queriendo decir que este último tercio desaparezca físicamente por fallecimiento, sino que simplemente queda fuera del control del sistema.

Respecto a si los datos a que me había referido eran relativos a las siete ciudades o al total, son dos fuentes de información distintas de tipo estadístico: algunos se refieren a las siete ciudades, que, por otra parte, representan el 90 por ciento del conjunto nacional, y otros se refieren al conjunto nacional. Son fuentes distintas. Dependiendo del dato concreto, estará referido a las siete ciudades o al total nacional, siendo la diferencia relativamente pequeña.

Se refería el señor Vázquez al posible efecto bumerang de la educación para la salud. Uno nunca sabe cuáles son los efectos indirectos de los planes que se ponen en marcha, pero ciertamente lo importante es el saldo neto final del programa que se pone en marcha. Por supuesto, siempre hay efectos indirectos, unos de signo positivo, otros de signo negativo, y algunos pueden inducir, por el conocimiento del fenómeno, al consumo de drogas. No le puedo negar la posibilidad, pero, desde luego, la probabilidad es muy pequeña y, sobre todo, lo importante es tener en cuenta el efecto neto total de la educación para la salud. Lo que sí es claramente imprescindible es que el diseño de todos estos programas cuente con la experiencia y el oficio de personas que sepan calcular y medir los efectos directos y los efectos indirectos de esta educación. De ahí la importancia de que no sólo se lleven a cabo programas de educación a educadores, sino que se lleve a cabo también la producción de material didáctico que sirva de soporte y de autocontrol en los límites de la educación por parte de los que han sido previamente educados, es decir, de los maestros. Aprovecho para enfatizar una vez más la importancia de los efectos de los programas

de educación para la salud. Son verdaderamente la única y la mayor esperanza de rechazo por parte de la población dentro de unos años. Si algún resultado positivo podemos destacar respecto de toda la historia del Plan Nacional sobre la Droga es precisamente que los jóvenes hoy rechazan mayoritariamente el consumo de drogas, que están haciendo de verdaderos proselitistas del no consumo y de hábitos de vida saludables. Esa es una de las consecuencias directas del esfuerzo que se ha hecho en los últimos años.

En cuanto a las afirmaciones que se han vertido sobre el Convenio de Viena, yo creo que en mi exposición ha quedado perfectamente claro. Simplemente se incorporarán en el momento oportuno de reforma del Código Penal. Esa es precisamente la ocasión para introducir los aspectos de la ratificación del Convenio de Viena.

Hay una diferencia, me parece, de mil y pico camas, probablemente debida a una modificación de última hora de la estadística. Desde luego, sobre 25.000 no parece que sea muy importante; en todo caso, se incorporará a la información que mandemos.

Me ha formulado alguna pregunta respecto a los tratamientos de metadona. Puedo decirle que efectivamente hay farmacias que están autorizadas a servirla para llevar a cabo los tratamientos de metadona y evitar los problemas a los que antes había aludido S. S.

Creo que básicamente ésta ha sido la contestación a las preguntas que me han formulado. En cuanto a la pregunta sobre los 25.000 vendedores callejeros, lo que ocurre es que una detención puede repetirse sobre la misma persona más de una vez y, por tanto, el número de detenciones suele ser mayor que el número de personas que podrían constituir la población de traficantes callejeros. Esta es

la razón por la que no deberíamos tomar el número de detenciones como equivalente al número de personas que se dedican a esta actividad.

Finalmente, señor Presidente, señorías, quiero reiterar la disposición del Ministerio, de la Delegación del Gobierno, a colaborar, en la medida en que esta Comisión Mixta Congreso-Senado lo estime oportuno y conveniente, en la aportación de datos o en la evaluación de los programas más allá de lo que se ha venido haciendo en estas comparecencias y confiar, sin duda, en que la línea escogida, basada fundamentalmente en la prevención y no tanto en la represión del delito, basada en la consideración de que el drogadicto es un enfermo, de que hay una diferencia entre el ser y el estar —a que se refería S. S.— que hace que sea muy importante fundamentar toda la política en la prevención, aunque sea a costa de perder eficacia, o intentar no introducir juicios de valor que puedan estar al margen de lo que podría ser el objetivo fundamental de la tarea de luchar contra la droga, porque, en definitiva, el que se aumenten las detenciones no significa necesariamente que el problema haya aumentado. Lo que ha ocurrido en los últimos años —y sobre todo en el último año— es que ha aumentado la eficacia en la actuación represiva frente al narcotráfico y ha aumentado la eficacia de los programas de prevención.

Nada más. Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señor Ministro por su comparecencia en esta Comisión y por la información que nos ha facilitado.

Concluido el orden del día, se levanta la sesión.

Era la una y cincuenta y cinco minutos de la tarde.