

ACTA TAQUIGRÁFICA DE LA SESIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE LAS ADICCIONES CELEBRADA EL LUNES 15 DE ABRIL DE 2024

Se abre la sesión a las once de la mañana.

COMPARECENCIA DE LA MINISTRA DE SANIDAD (GARCÍA GÓMEZ):

— **A PETICIÓN PROPIA, PARA INFORMAR SOBRE LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 214/000035 y número de expediente del Senado 711/000257).**

— **PARA EXPONER SUS LÍNEAS DE ACTUACIÓN AL FRENTE DEL DEPARTAMENTO EN LA XV LEGISLATURA. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO VOX. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 213/000067 y número de expediente del Senado 711/000137).**

— **PARA INFORMAR SOBRE LAS LÍNEAS GENERALES DE LA POLÍTICA DE SU DEPARTAMENTO. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 213/000087 y número de expediente del Senado 711/000139).**

— **PARA DAR CUENTA DE LAS PRIORIDADES Y OBJETIVOS DE SU DEPARTAMENTO EN MATERIA DE ADICCIONES. A PETICIÓN DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente del Congreso de los Diputados 213/000199 y número de expediente del Senado 711/000261).**

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, se abre la sesión.

Comenzamos todavía conmocionados después del brutal ataque contra Israel. Reanudamos los trabajos de esta Comisión, que ya iniciamos hace unas semanas con una sesión de debate de PNL, y hoy tenemos el placer de contar con la ministra de Sanidad, que comparece tanto a petición propia como a petición de dos grupos, el Grupo Parlamentario Popular y el Grupo Parlamentario VOX, para exponer las líneas de su

departamento relativas a esta Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones.

Como saben, la ministra tiene tiempo ilimitado para su exposición, y a continuación los portavoces de los grupos parlamentarios podrán intervenir, de menor a mayor, por un tiempo de diez minutos.

Tiene la palabra a la señora ministra.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Muchas gracias, señor presidente.

Buenos días a los miembros de la Mesa, señorías y medios de comunicación; saludos cordiales a todos y todas. Comparezco por primera vez en esta Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones, una cuestión prioritaria en el Ministerio de Sanidad antes y ahora. Es un honor para mí poder acudir a esta sesión, y, como bien ha dicho el presidente, lo hago a petición propia, pero también para responder a las peticiones del Grupo Popular del Congreso y del Senado y para compartir las líneas generales del Ministerio de Sanidad que está desarrollando en relación con las adicciones en la presente legislatura, así como las iniciativas que nos proponemos llevar a cabo en el futuro. Quiero reiterar mi admiración y mi respeto por el trabajo que se viene desarrollando en esta Comisión desde su creación y por cómo ha sabido preservar un clima imprescindible de relativo consenso en un ámbito como este, en el que se hacen visibles todos los acuerdos aprobados recientemente por un amplio consenso transversal. Desde luego, este clima se traslada al trabajo en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el delegado del Gobierno comparecerá próximamente en esta Comisión para explicar detalladamente la actividad desarrollada en materia de adicciones y drogas en su departamento.

Nosotros somos plenamente conscientes de que las drogas y las adicciones son un problema muy serio para el conjunto de la sociedad y sobre salud pública. De acuerdo con los datos conocidos, el consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, sigue siendo una de las amenazas más persistentes en nuestra sociedad para la salud y el bienestar; directa o indirectamente, afecta a la vida de millones de personas en nuestro país. Además de suponer un elevado coste económico, conlleva un alto coste social, especialmente en lo que significa para la salud y el bienestar de las personas concernidas. En este ámbito, seguramente nunca acabaremos el trabajo, las sustancias psicoactivas estarán siempre presentes, pero nuestra tarea es que causen el menor número posible de problemas y el menor daño posible. Y los objetivos para ello son claros: que haya menos consumo; si hay consumo, que sea más tardío, y que quienes consuman se expongan a menores riesgos. Estos objetivos, que son los de la Estrategia Nacional sobre Adicciones que se aprobó en el año 2017, precisan de regulación, precisan de prevención, que se está desarrollando por parte de muchos actores y en la que queremos potenciar las buenas prácticas; precisan de la ayuda respecto de estos problemas de servicios de acogida, tratamiento y reducción de daños para quienes aún no están a punto de iniciar un tratamiento, y precisan de reinserción social, que desborda nuestras capacidades en sanidad, para implicar a otros sectores que creemos que son absolutamente fundamentales.

Nada de esto que les estoy contando es nuevo. Aquí hay una continuidad, que es positiva, y un compromiso compartido de nuestro ministerio con otros, como puede ser el Ministerio de Interior, y también con las comunidades autónomas, que son las responsables de los servicios, además del rol de los gobiernos locales y de la sociedad civil. Por ello es fundamental contar con instrumentos de planificación y espacios de colaboración, cooperación y coordinación, y, afortunadamente, en España creo que tenemos esos instrumentos, contamos con una estrategia y un plan de acción que se desarrolla y vamos a renovar este mismo año. Asimismo, contamos con un espacio de relación con todos los actores implicados, —Administración, sociedad civil y expertos—, que es el CEDOA, nuestro consejo asesor, y contamos con una Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y su comisión sectorial, donde trabajamos con las diferentes comunidades autónomas. También es fundamental contar con estructura y recursos, y en este ámbito tenemos la fortuna de disponer de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con un magnífico equipo y una dotación de recursos que este año hemos podido reforzar, incluso en el marco de unos presupuestos prorrogados; una dotación de recursos que en buena parte se transfiere, cómo no, a las comunidades y también a las organizaciones no gubernamentales, a esos grupos de investigación y a las corporaciones locales, que son quienes actúan y trabajan sobre el terreno.

Me parece que es razonable empezar compartiendo una visión general, una mirada global sobre los consumos de las sustancias psicoactivas en nuestro país. Por lo que nos dicen las encuestas que hace el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, las sustancias con mayor frecuencia de consumo son las que, obviamente, están más disponibles, o sea, las sustancias adictivas de curso legal: en primer lugar, el alcohol, muy barato, presente en todas partes y objeto de una promoción intensa por parte de la industria, siendo la sustancia más consumida entre los adultos durante el último año, un 76 % de personas entre quince a sesenta y cuatro años de edad, y también adolescentes, aunque está prohibida su venta a menores en todas las comunidades autónomas; en segundo lugar, el tabaco, un 39 %, que, por otra parte, es mucho más adictivo que el alcohol; en tercer lugar, los medicamentos hipnosedantes, con un 13 % de prevalencia, siendo básicamente las benzodiacepinas las que ocupan el mayor volumen de este consumo, y, finalmente, los fármacos para el dolor, que son opioides, con un 7 %, también incluidos en los convenios internacionales y objeto de un mayor control, cuyo consumo es inferior, aunque no es despreciable, y requiere prescripción médica. Como preocupaba la tendencia a incrementar su prescripción, el ministerio acordó un plan de opioides con las comunidades autónomas y podemos dar fe de que se ha frenado su consumo.

Asimismo, tenemos las drogas ilícitas, respecto de las que contamos con rangos de consumo extraídos de las diferentes encuestas que podemos encontrar. Están menos disponibles, pero, de alguna manera, hay una promoción que no escapa de los instrumentos legales. La más consumida en nuestro país y también a nivel global es el cannabis, consumida por un 10 % alguna vez durante el último año. Las demás tienen consumos con frecuencias inferiores, entre las que destaca la cocaína, por su volumen de consumo, un 2,4 % en el último año, y con cifras inferiores al 0,3 % de la población están el éxtasis, las anfetaminas, etcétera. Algunas de estas drogas son muy destructivas, tienen alto potencial adictivo y son las que más nos preocupan, pese a que las consuman pocas personas, como son la heroína, la cocaína base o *crack*, la metanfetamina o la mefedrona. Si, en vez de valorar el consumo, consideramos su peor efecto, es decir, la mortalidad, el panorama ha ido cambiando mucho: la que más muertes causa es el tabaco, los académicos estiman que más de 50 000 muertes al año son atribuibles en España al

tabaco; después viene el alcohol, respecto del que las investigaciones calculan, más o menos, unas 15 000 muertes al año; a continuación, las drogas fiscalizadas, con unas mil muertes por reacciones adversas agudas, lo que se suele llamar sobredosis, e indirectamente podría haber unas dos mil muertes más atribuibles a las drogas, extrapolando estudios de otros contextos. Respecto a muertes por sobredosis con estudio toxicológico, se encuentran diversas sustancias y a menudo varias en un mismo caso. La principal sustancia antes era la heroína, presente en la mayoría de los casos, mientras que ahora, con los programas de tratamiento, su peso ha disminuido mucho y está menos presente, de modo que a día de hoy la primera sustancia son las benzodiacepinas, seguida de la heroína.

Si volvemos la mirada hacia lo que lleva a las personas con problemas a buscar ayuda profesional en la red de adicciones, los datos que las comunidades autónomas proporcionan al Observatorio Español de las Drogas y Adicciones sobre las personas que inician un tratamiento cada año también muestran que ha habido cambios importantes. Hace años solo acudían a la red personas con dependencia de la heroína, hoy la mayoría de las personas lleva años en tratamiento y el perfil de las que lo inician ha cambiado. La primera causa para acudir a estas instituciones es el alcohol, unas 25 000 personas al año; a continuación, la cocaína, unas 20 000 personas; después el cannabis, unas 12 000, y, finalmente, la heroína, unas 7000. Las siguen las adicciones comportamentales, unas 4000 con trastorno por juego de apuestas, y, después, con unas cifras muy inferiores, otras sustancias, como los hipnosedantes, unos 1000; las metanfetaminas y las anfetaminas, unos 800, y, finalmente, el éxtasis, unas 100.

Aprovecho para hacer una breve referencia a la red de tratamiento de las adicciones, relativamente nueva en nuestro sistema. Al salir de la Dictadura no había servicios de adicciones, apenas algún dispensario de alcoholología, y el ministerio no transfirió recursos para las adicciones a las comunidades, de modo que, aparte de estos pocos dispensarios, cuando llegó la heroína no teníamos respuesta. Esa red la iniciaron los municipios que fueron más castigados por la heroína y entidades del tercer sector, básicamente integradas por los familiares de las víctimas y la sociedad civil, que crearon estos centros, a los que paulatinamente se fueron incorporando los profesionales. Posteriormente, las comunidades los financiaron parcial o totalmente, los apoyaron y los regularon. En diversos casos los convirtieron en servicios públicos, y algunas los han integrado totalmente en sus servicios autonómicos de salud. En otros casos esta integración es funcional, con una titularidad diversa, pero compartiendo la historia clínica y garantizando el acceso a la receta electrónica. Además, en algunas ocasiones esta red es más parcial y también está más fragmentada; incluso en algún caso está fuera de la red sanitaria, más vinculada con los servicios sociales que con la red sanitaria. Por eso hay mucha diversidad y variabilidad, si bien, en general, en todas las comunidades autónomas hay dispositivos financiados con fondos públicos que ofrecen esta atención gratuita a las personas con problemas; es una atención que, cómo no, tiene vocación universal. En definitiva, se puede apreciar una tendencia a la sanitarización de esta red, a formas de financiación con fondos públicos más estables que años atrás, con más servicios de titularidad pública, más convenios, contratos, conciertos o subvenciones, así como a una mayor vinculación con la Atención Primaria, de modo que también sea parte de esta, junto con la de salud mental, aunque como ya he dicho, esta tendencia tiene un recorrido diverso, según las diferentes comunidades autónomas. Básicamente, la red está formada por centros ambulatorios, unos 500, pero también son importantes las comunidades terapéuticas, unas 125, así como los centros de día, unos 120, al tiempo que en algunos territorios hay servicios de reducción de daños, que donde hay mayor consumo inyectado

pueden incluir también espacios de consumo supervisado, y, por último, también están las unidades de desintoxicación hospitalaria.

En el ámbito de la prevención también hemos avanzado mucho. Sabemos que una charla en el colegio es necesaria, aunque resulta insuficiente, y también sabemos que hay una ciencia en la prevención, es decir, que detrás de esta también está la evidencia científica, de modo que se intentan fomentar todos aquellos programas que tienen una evidencia demostrada. También están los denominados programas de prevención ambiental, no solo relativos a la prevención individual, sino orientados a crear contextos que no favorezcan el consumo y sí la prevención. Esto es importante sobre todo para los menores y los adolescentes, que, por su naturaleza, son más impulsivos y tienden más a experimentar, de modo que esta prevención ambiental es un mecanismo de protección fundamental. Por tanto, estos consumos experimentales de los adolescentes pueden acabar desembocando en consumos problemáticos. Asimismo, es más fácil que esto suceda con unas sustancias que con otras, al tiempo que algunas personas, cómo no, muestran mayor propensión que otras. Por eso, queremos dejar claro que las adicciones no son un vicio ni fruto de una debilidad del carácter, sino enfermedades recogidas en el DSM, el manual diagnóstico y estadístico de referencia de la psiquiatría, de manera que lo que tenemos que hacer es ofrecer respuestas científicas y respuestas asistenciales.

En este punto quisiera hacer un inciso, dado que es posible que algunas de sus señorías hoy me pregunten respecto al uso del cannabis medicinal, para abordarlo ahora, desde el principio, y dejar claro el papel del Ministerio de Sanidad. En este sentido, se han recabado todos los informes necesarios para hacer ver que la regulación del cannabis medicinal viene a cubrir la necesidad de un grupo de población para abordar un problema de salud pública como es el dolor. Esto no influye, de ninguna manera, en el ámbito de las adicciones. Saben que la hoja de ruta que estamos llevando a cabo es muy garantista, lo más garantista posible tanto para los pacientes como para los profesionales y la sociedad, en su conjunto. El abordaje que vamos a llevar a cabo, como siempre, estará basado en la mejor evidencia disponible, será tremendamente riguroso y abordará el uso del cannabis terapéutico como un medicamento más. Si nos referimos al consumo del cannabis recreativo, los incrementos de consumo los estamos viendo dentro del marco de prohibición, y son varios los países que están abordando ese tipo de políticas, si bien no son ahora mismo las políticas que nos conciernen desde el Ministerio de Sanidad; ello excede por completo nuestras competencias, y por eso nos centramos en el uso del cannabis terapéutico. Nosotros queremos proteger a la población más vulnerable, así que vamos a seguir adoptando medidas para intentar protegerla, dentro de lo posible, especialmente a la población juvenil, que es la que ahora mismo está más expuesta a una relativa facilidad de consumo.

En el siguiente punto me gustaría que me permitan desglosar en profundidad el Plan Integral de Control y Prevención del Tabaquismo, que se aprobó hace pocos días. Desde el Gobierno de España y me atrevo a decir que desde toda la sociedad estamos muy orgullosos de que en apenas cinco meses de legislatura hayamos dado un paso de gigante en la lucha contra el tabaquismo, que llevaba sin producirse en nuestro país desde hacía catorce años, momento en el que creo que fuimos pioneros y vanguardistas en la lucha contra el tabaco. Supone un honor poder decir que este plan no es del ministerio, sino que tiene muchos dueños, tantos como manos han trabajado desde hace meses e incluso años en sus múltiples fases de elaboración. Ha sido un trabajo coordinado, con la participación técnica de todas y cada una de las comunidades, el mayor de los consensos sociales y el respaldo de las sociedades científicas. Desde aquí quiero expresar mi

agradecimiento a todas las comunidades autónomas por lograr ese consenso, que resulta tan importante. Este plan es suyo tanto como del ministerio y va a ser un placer seguir materializándolo de la mano de estas.

Se trata de un plan para evitar que la gente empiece a fumar, para ayudar a que la gente que fuma pueda dejarlo y para cuidar que el aire que respiremos todos y todas sea limpio y sano. Para ello partimos de una simple premisa, y es que, al igual que en este país no nos podríamos permitir tener un accidente de avión con 140 fallecidos cada día, tampoco nos podemos permitir las enfermedades derivadas y relacionadas con el tabaquismo, que quitan la vida a 50 000 personas al año. Eso significa que la misión más importante de este plan es dar más años de vida y más vida a los años, puesto que no solo reduce la mortalidad, sino que también incrementa la calidad de vida y el bienestar de millones de personas. Para que nos hagamos una idea, según algún estudio, la edad promedio de fallecimiento de las personas fumadoras es de 61 años; si tenemos en cuenta que la esperanza de vida media en España es de 83 años, las personas que fallecen por tabaco vivirían, de media, veintidós años más. Así pues, es un placer presentar este plan, que va a poder ofrecer toda esa cantidad de años de vida a nuestra población y va a incrementar la calidad durante los años de vida. Es un plan que pone en el centro a las personas, pero especialmente a las personas más vulnerables: a los niños y a las niñas en edades muy tempranas, a aquellos niños y niñas que están utilizando otros medios alternativos que ya han sido introducidos en el mercado, como puede ser el vapeo, así como a las embarazadas y personas mayores, que respiran humo de segunda mano en determinados espacios públicos, y a las personas con determinadas patologías que necesitan dejar de fumar y no saben cómo. Como he dicho muchas veces, lo hacemos con ambición, sin miedo, con coherencia y con el orgullo de volver a situar nuestro país en lugar de referencia en la defensa de la salud pública.

Entre otras, este plan va a suponer equiparar la regulación de los productos relacionados con el tabaco tradicional, como son los cigarrillos electrónicos; modificar la fiscalidad del tabaco, de la mano del Ministerio de Hacienda, para acercarnos a los países de nuestro entorno y con el objetivo de revertir ese incremento fiscal en políticas de salud; aumentar los espacios libres de humo para proteger el derecho a respirar, puesto que, cuanto más espacio libre de humo, menos enfermedades asociadas al tabaquismo, menos espacio para las enfermedades asociadas a este; impulsar la investigación sobre el tabaquismo y su impacto sobre la salud, reforzando la evidencia referente al efecto de los nuevos dispositivos de liberación de nicotina, e introducir el empaquetado genérico o neutro, siguiendo el ejemplo de más de veinte países, de cara a eliminar cualquier atractivo o reclamo publicitario que pueda animar a la gente a fumar. Todas estas medidas, junto a otras muchas, tendrán su desarrollo normativo en los próximos días y semanas, y algunas incluso se desarrollarán simultáneamente. Sin ir más lejos, saben que la medida referente al empaquetado genérico ya ha salido a consulta pública. Y, después de esta medida, iremos poniendo en marcha el resto de las iniciativas que siguen al plan. La estimación del Gobierno de España es que buena parte de las modificaciones legislativas que marca el plan hayan llegado a buen puerto para finales de este año. España siempre se ha enorgullecido de ser pionera en la lucha contra el tabaquismo, si bien durante los últimos años, como la ropa cuando se nos queda pequeña, nuestra legislación se había quedado corta para los retos del siglo XXI, así que quiero enviar un mensaje a aquellos sectores que todavía no comparten el espíritu de lucha contra el tabaquismo del plan. Desde el Ministerio de Sanidad nos vamos a esforzar, como siempre, cómo no, por escuchar, dialogar y llegar a acuerdos con todo el mundo. Estamos convencidos de que este plan es bueno para la sociedad; obviamente estamos convencidos de que este plan es

bueno para la salud, también es bueno para la economía y no tenemos ningún problema en defenderlo con quien haga falta; eso sí, un pequeño recordatorio, que ya he hecho en varias ocasiones: este barco ya ha zarpado, todo el mundo es bienvenido para subirse a él, pero no vamos a dar ni un paso atrás.

También quiero señalar que este plan no hubiera sido posible sin el empuje de la sociedad, en su conjunto; de las sociedades científicas, de todas aquellas asociaciones que han estado y están preocupadas por nuestra juventud, que velan por nuestra salud, y de todas aquellas asociaciones de ciudadanos y ciudadanas que siguen preocupadas por el impacto del tabaco en nuestras vidas. Ellas son las que nos han traído hasta aquí, ellas son las que nos han empujado y esperamos seguir por este camino, como en tantos otros caminos en la lucha a favor de la salud, de la mano de todas estas asociaciones. Como ya he dicho muchas veces, este plan es un motivo de orgullo nacional y es fruto del compromiso del Gobierno de España y de toda la sociedad con la salud pública. Señorías, en 1981 el ministro de Salud del Reino Unido, George Young, dijo: “La solución al tabaquismo no se encontrará en los laboratorios de investigación ni en los quirófanos de los hospitales, sino en los parlamentos de las naciones democráticas”. Evidentemente, ahora mismo este plan está en sus manos, señorías, para materializarlo, para hacerlo cuerpo en nuestra legislación, para hacerlo realidad en la calle. Nosotros hemos puesto la brújula y son ustedes los que ahora recogen el testigo y habrán de plasmar este plan en nuestras leyes.

Pero, antes de terminar de hablar del plan, me gustaría expresar una pequeña reflexión, y es que con frecuencia discutimos sobre la crispación y la polarización que paralizan la política, aunque ese clima termina en el momento en que discutimos sobre cosas que de verdad importan a la ciudadanía, y, en el último barómetro del CIS en cuanto a preocupación, la sanidad había subido otros dos puntos. Francamente, estoy orgullosa de que este plan nazca como consenso entre la sociedad civil, las administraciones de diverso color político y el Gobierno de España, porque creo que esa es la ruta que nos lleva a hacer de la política la mejor de las herramientas. No solo es un magnífico plan por su contenido, sino por la declaración de intenciones que lanza la sociedad. Claro que se puede llegar a acuerdos en materias importantes, claro que se puede tener voluntad política y valentía para ello, para poner a las personas y su salud en el centro. Ya dije el día que me nombraron ministra que me iba a dejar la piel por conseguir que la sanidad, que es uno de los mayores orgullos de nuestro país, además fuera el pegamento que nos uniera, y creo que así está siendo, que así lo estamos demostrando. Soy optimista y creo que el plan integral del tabaquismo es el primero de muchos acuerdos que seguramente podremos alumbrar entre las diferentes formaciones políticas.

Y, señorías, hoy también nos encontramos frente a un problema de salud global que requiere nuestra atención urgente y acción decidida, que es el aumento del consumo y la prescripción de psicofármacos. Esta tendencia está alcanzando proporciones alarmantes y es crucial que conozcamos su impacto en nuestra sociedad. Dentro de una cultura del individualismo, nos enfrentamos a la transformación del sufrimiento humano en una enfermedad y a su respuesta inmediata, que ha sido la medicalización de dicho sufrimiento, ante la falta de tiempo y alternativas. El abuso de estas prescripciones nos ha llevado a un punto en el que prescribimos suficientes antidepresivos y ansiolíticos como para tratar al 20 % de la población mayor de veinte años durante un año entero. Sin embargo, ¿cuál es el resultado? ¿Más salud? ¿Menos tristeza? La realidad es que no. Además, debemos reconocer que las más afectadas por este problema son las personas pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, donde la precariedad y los eventos

adversos se van acumulando. Y no solo eso, porque la prevalencia de la toma de antidepresivos es ocho veces superior entre personas de rentas más bajas que de rentas más altas; repito, ocho veces superior. Esto es importante y creo que merece que nos detengamos en ello. El diagnóstico de depresión no es diferente entre unos barrios y otros, no es diferente entre un barrio más favorecido o un barrio menos favorecido, socioeconómicamente hablando. Sin embargo, la causa de esa depresión es diferente y, sobre todo, los recursos que se tienen para resolver esa situación también son muy distintos, y es muy injusto. La vida duele, pero duele más en unos barrios que en otros. Si eres mujer, si trabajas doce horas, si tienes que sacar adelante tú sola a dos hijos, si no llegas a fin de mes, si tienes problemas con la vivienda, es probable que duermas peor, que tengas menos recursos para repararte psíquicamente de los avatares propios de la vida, de los avatares propios de los trastornos mentales y que tengas muchos menos recursos para poder afrontarlos. Eso es así y es una parte en la que desde el ministerio queremos ahondar, en la importancia de los determinantes sociales de la salud, que en este caso impactan muy directamente sobre las clases más desfavorecidas. Insisto, el diagnóstico de depresión es el mismo, pero las causas y las soluciones sí dependen del código postal. Por eso es más probable que, si vives en un barrio desfavorecido, acabes consumiendo más psicofármacos, porque no tienes otra opción o porque no tienes al alcance otras herramientas para repararte, como sí se tienen en los barrios más favorecidos, socioeconómicamente hablando.

Por tanto, ¿qué tenemos que hacer? Tenemos que poner el foco en abordar no solamente la parte sanitaria, sino también todas aquellas situaciones sociales adversas que hacen que la vida sea más dolorosa en esos entornos. Muchas personas llegan a las consultas médicas abrumadas por la ansiedad que les provoca una situación laboral precaria y podemos diagnosticar depresión y recetar psicofármacos a esas personas, pero eso no nos va a evitar eximir de las causas reales que pueden estar por detrás y que tenemos que abordar, reconociendo el impacto que tienen esos determinantes sociales, como la precariedad laboral, sobre la salud mental que enfrentan a diario. Estamos utilizando fármacos para tolerar situaciones de vida que requieren soluciones sociales y, por tanto, también soluciones políticas. Necesitamos cambiar el enfoque paulatinamente hacia una prescripción de tipo social para ofrecer respuestas de salud más ajustadas a los problemas reales. Y este enfoque es especialmente relevante también en el caso de los jóvenes y los adolescentes, quienes están experimentando un aumento significativo en la prescripción de psicofármacos, cuyo consumo perciben como algo normal, con una naturalidad creciente. En conclusión, debemos actuar con determinación para cambiar esta tendencia y ofrecer soluciones integrales, que aborden las causas subyacentes de la angustia y el malestar de nuestra sociedad. En esta línea, me complace anunciar que el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, en colaboración con GuíaSalud, está trabajando para el desarrollo de una guía de prescripción de los psicofármacos, que será una herramienta fundamental para los profesionales sanitarios, así como para la población, en general. El objetivo principal de esta guía es establecer pautas claras para ir reduciendo y eliminando gradualmente la medicación psicotrópica cuando ya no resulta necesaria. Tratará específicamente de la dificultad de discontinuar con ciertos psicofármacos debido a sus efectos secundarios en lo que abstinencia se refiere y de la necesidad de supervisión, seguimiento y acompañamiento durante todo el proceso. Al proporcionar esta guía integral, buscamos abordar la sobreutilización y los riesgos asociados a un uso prolongado de esos psicofármacos. Nuestra meta no solamente es mejorar la seguridad, sino mejorar la calidad de vida, la autonomía de los pacientes y promover políticas que estén centradas en el bienestar de las personas.

Señorías, ahora me gustaría centrarme en informar sobre el anteproyecto de ley de protección de las personas menores de edad respecto al consumo de alcohol, que ya anuncié en anteriores comparecencias en las comisiones de Sanidad del Congreso y el Senado. Es un proyecto que entronca totalmente con la prevención ambiental, a la que me refería previamente. Además, es un proyecto que deriva de un consenso transversal emanado de esta Comisión tras los trabajos de una ponencia con amplia participación de expertos. Diversos avatares lo han ido frenando, pero lo hemos recuperado. Está en el Plan Anual Normativo del Gobierno y esperamos que pueda ver la luz en el presente año. Es un proyecto que nos hace falta porque el alcohol hace daño, y mucho más a las personas menores de edad. En nuestro contexto, en que forma parte de nuestra cultura como país vinícola desde hace siglos, está tan presente, tan disponible y es tan barato que hoy en día es la sustancia psicoactiva más consumida, también, lamentablemente, entre las personas menores de edad, a las que puede afectar muchísimo más negativamente. De hecho, no se les puede vender alcohol por normativas autonómicas y aun así sigue siendo un problema.

Según los datos de la encuesta ESTUDES del año 2023, hecha a estudiantes de secundaria, el 75 % de las personas entre catorce y dieciocho años habían consumido alcohol en los últimos doce meses y algo más de la mitad de personas entre catorce y dieciocho años lo habían consumido en los últimos treinta días. En relación con los consumos intensivos, dice haberse emborrachado en el último año el 42 % de los estudiantes entre catorce y dieciocho años. La experiencia de intoxicaciones —borracheras— el último año aumenta a medida que lo hace la edad, pasando del 20 % en los alumnos de catorce años al 60 % en los de dieciocho, y actualmente son más frecuentes entre las chicas. El consumo en atracón de alcohol —*binge drinking*— lo ha realizado el 28 % de los alumnos de entre catorce y dieciocho años en el último mes. Esta forma de consumo es similar entre los chicos y las chicas, un 29 % y un 28 % respectivamente. El consumo en botellón lo ha realizado el 47 % de los estudiantes entre catorce y dieciocho años en los últimos doce meses. Este tipo de acción de consumo de alcohol es más frecuente en las chicas. Y respecto a los estudiantes de doce y trece años, se observa que un 30 % había consumido alcohol en el último año y un 21 % en el último mes, mientras que un 2 % refiere haberse emborrachado, sin apreciarse diferencias por sexo a esta edad.

Estos datos que les he dado exigen una intervención por parte de los poderes públicos. Queremos abordar con rigor la protección de las personas menores de edad frente al alcohol; nos sentimos obligados a ello y pensamos que es algo que nos concierne a todos y que podemos conseguir de manera transversal y consensuada. En efecto, el artículo 39 de la Constitución española impone a los poderes públicos la obligación de asegurar la protección de la infancia y la juventud. Por eso, el borrador del anteproyecto que estamos manejando, que va a iniciar su tramitación de forma inminente, gira en torno a cinco ejes. En primer lugar, plasmar en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos asumidos por España en la protección integral de la infancia y la juventud, además de armonizar la normativa vigente a nivel estatal, evitando la dispersión normativa, autonómica y municipal, en relación con el consumo de bebidas alcohólicas por menores y su venta, así como su comunicación comercial, publicitaria y de otro tipo. En segundo lugar, mejorar la normativa vigente, que se ha mostrado insuficiente para abordar esta problemática, incorporando la mirada de salud pública y de los determinantes sociales de la salud que antes mencionaba, con el fin de desarrollar una serie de políticas que permitan prevenir de forma eficaz el consumo de bebidas alcohólicas por las personas menores. En tercer lugar, implementar una serie de medidas de lo que se conoce como prevención

ambiental para proteger a las personas menores del consumo de bebidas alcohólicas. En cuarto lugar, incorporar herramientas que permitan abordar la prevención del consumo de alcohol desde el ámbito educativo y familiar, así como definir el papel de los sectores sanitarios y de los servicios sociales y cómo se puede contribuir con el resto de los sectores. Y en quinto y último lugar, promocionar los entornos saludables y favorecer las alternativas sociales y de ocio libres de bebidas alcohólicas, así como implicar a toda la sociedad en la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los menores.

En definitiva, con este anteproyecto de ley, el ministerio busca avanzar en materia de protección de la salud de los menores de edad y contribuir a un cambio cultural que modifique la percepción de riesgo que tenemos de las bebidas alcohólicas con el fin de reducir su consumo entre los menores, sobre todo en las edades más tempranas. Como saben, en 2018 se inició el trámite de consulta pública previa antes de la elaboración del anteproyecto de ley de prevención del consumo de alcohol y sus efectos en las personas menores de edad y se prepararon los borradores que hemos tenido hoy muy en cuenta. Y este proceso continuó en abril de 2022 con una nueva consulta previa por el tiempo transcurrido al objeto de recabar la opinión de los sujetos, las organizaciones y las asociaciones potencialmente afectadas por la futura norma. Por tanto, me es grato informarles, señorías, de que tanto el borrador del anteproyecto de ley como la Memoria de Análisis de Impacto Normativo han sido remitidos a la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad para su revisión y esperamos en breve iniciar el trámite para su aprobación. Y una vez más en marcha, señorías, el proceso tendrá lugar en las Cortes, es decir, ustedes serán los actores principales para que este plan llegue a buen puerto.

Señorías, voy concluyendo y rescato para ello los objetivos que mencionaba al comienzo de mi intervención: reducir el consumo, retrasar su inicio en caso de que exista y minimizar los riesgos para todas aquellas personas que decidan consumir. Al trabajar en estas metas, buscamos mitigar los impactos negativos del consumo y, sobre todo, promover estilos de vida más saludables y seguros para todos y todas. Particularmente, estamos absolutamente concentrados en tres tareas en el ámbito de las adicciones: el anteproyecto de ley de alcohol y menores, el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo y una guía para la prescripción de psicofármacos. Con este horizonte, me gustaría terminar parafraseando a Geoffrey Rose: Si los mayores problemas de salud son de causa social, así deben de ser sus soluciones.

Muchísimas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Gracias por su intervención, señora ministra.

Ahora, como acordamos en la reunión de Mesa y portavoces, tienen la palabra los grupos parlamentarios, de menor a mayor, por un tiempo de diez minutos.

Comienza el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV). Tiene la palabra la señora Ahedo Ceza.

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

Agradezco a la señora ministra tanto su presencia aquí, en esta Comisión, como su intervención. Tanto las adicciones con o sin sustancia como el abuso en el consumo cuando hay sustancia en sí son un problema de salud pública y nosotros tenemos muy claro que es ahí donde hay que poner el punto de mira, pero siempre con un enfoque transversal, ya que es salud pública e implica un montón de cuestiones en la vida. La prevención, la planificación y la atención incluyen salud, servicios sociales, educación, urbanismo, desarrollo económico, publicidad, etcétera, y esto corresponde a las comunidades autónomas e incluso en algunos casos llega al ámbito municipal, por lo que nosotros vamos a estar muy pendientes de que haya un total respeto competencial. Digo esto porque, en relación con la ley de prevención del consumo de alcohol en menores, creo que usted es conocedora de que mi grupo no tiene muy claro que para lograr el objetivo la mejor fórmula sea una ley exclusivamente dirigida a los menores. Así lo pusimos en claro con motivo del estudio de la Ponencia sobre consumo de alcohol en menores y lo mantenemos. En todo caso, si se va a elaborar una ley, creemos que todo lo que usted ha dicho es competencia autonómica y esperamos que el borrador sea respetuoso en ese aspecto.

Nosotros hemos apoyado el plan de tabaquismo porque está totalmente alineado con lo que ya se está haciendo en Euskadi y con lo que contemplan tanto la ley de adicciones como el plan de adicciones del País Vasco. Usted ha dicho usted que iba a haber desarrollo normativo; sin embargo, en el Plan Anual Normativo no aparece el tema del tabaco y me gustaría saber cómo va a quedar eso, si es que no lo van a hacer este año o por qué no aparece. Sin más, es una duda que tenemos.

Ha hablado del cannabis medicinal, y me quedo con lo que usted nos ha dicho. Simplemente, quiero comentarle, en cuanto al tema de los psicofármacos, que la mayor parte de estos, por suerte, son medicamentos de prescripción médica. Y digo por suerte porque no hay un mercado excesivamente fuerte de psicofármacos. ¿Cree que esa guía es suficiente para los profesionales? Porque ahí hay un problema para el que demanda y un problema claro para los profesionales cuando prescribimos. ¿Cómo se podría atajar ese problema gordo, que también tiene que ver con que hay poco tiempo para atender a un paciente, etcétera? Además de la guía, ¿tienen pensado encauzarlo de alguna otra manera?

De momento, me quedo con estas preguntas a la espera de su respuesta. Y, simplemente, quiero decirle que puede contar con nuestro grupo, pero siempre dentro de eso, que yo soy muy machacona y muy repetitiva. Tiene la mano tendida de nuestro grupo para trabajar en todo lo que sea necesario.

Gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Euskal Herria Bildu creo que no hay nadie. Y tampoco veo a ningún portavoz del Grupo Republicano.

Por tanto, por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR e Izquierda Confederal, tiene la palabra la señora Delgado Gómez.

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

Antes que nada, quiero denunciar el genocidio que se sigue cometiendo por el ejército israelí en Gaza: más de 33 000 muertos, el 40 % niñas y niños.

Estimada ministra, es un honor tenerla hoy aquí, en el Congreso, en la Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones, para explicar las líneas estratégicas y los planes de trabajo del ministerio en materia de adicciones. El estudio de las adicciones, el uso del consumo de las drogas y sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es fundamental para desarrollar propuestas para abordar esta problemática. En primer lugar, me gustaría recalcar que el problema de las adicciones no es una cuestión individual y, por tanto, no es una cuestión de que las personas tengan más o menos fuerza de voluntad. Eso significa que hay que tener en cuenta los determinantes sociales que influyen en el uso y consumo de las drogas y cómo el consumo afecta directamente y está estrechamente relacionado con los problemas de salud mental. El encadenamiento de crisis económicas, unido a los efectos de la pandemia junto con diferentes procesos de recortes sociales, ha provocado una desigualdad que ha transformado la vida de muchas personas, haciéndola más precaria e insegura y generando a su vez un malestar psíquico creciente. También la ruptura de lazos sociales y la fragmentación de los entornos ha traído nuevos fenómenos, como el de la soledad no deseada, y ha profundizado en otros, como las adicciones con o sin sustancias. Esto se traduce en patologización de fenómenos de la vida, en sobremedicalización y en cronificación sintomática.

Como decía, el uso que se hace de las drogas legales es muy diferente del que se hace de las que no lo son. También es muy diferente el uso que se hace en función del género, de la edad y de otra serie de características sociales. Por eso, se hace imprescindible recabar datos desagregados y hacer un estudio del abordaje de las adicciones desde estas diferencias que le he comentado. Lo que sí sabemos es que en España el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida, llegando hasta el 76 % de la población de entre quince y sesenta y cuatro años que ha consumido alcohol en los últimos doce meses. Además, están los escalofriantes datos de consumo de psicofármacos, con una subida de un 249 % en el consumo desde el año 2000. Terrorífico. Y con respecto a las drogas ilegales, me gustaría recalcar que la droga ilegal más consumida en España, tal como se ha dicho, es el cannabis. La proporción de adultos jóvenes que reportaron su consumo oscila en torno al 43 %.

En mi intervención me voy a centrar, sobre todo, en el consumo del alcohol, los psicofármacos y el cannabis y en la importancia del abordaje del estudio de las adicciones aplicando la perspectiva de género. Aplicar la perspectiva de género en el ámbito del uso y abuso de las drogas supone identificar que afecta a hombres y mujeres de manera diferente y distinta, precisamente, por haber sido socializados como tales. Desde luego que las mujeres no somos ni un colectivo ni, mucho menos, un colectivo homogéneo. Por eso mismo, es importante visibilizar los mecanismos de jerarquía y estratificación social que ponen en marcha los sistemas de jerarquía y exclusión y crean subjetividad, como la procedencia, la clase, el género, la identidad o la orientación sexual. Efectivamente, como ya ha explicado usted, señora ministra, en España las mujeres son prescritas el doble de veces que los hombres en psicofármacos. Los roles de género y la sobresaturación de la sanidad pública contribuyen a agrandar este problema. España es el país mundial líder en la prescripción de benzodiacepinas y, en gran medida, esto obedece a las dificultades que tienen, precisamente, los prescriptores para recurrir a alternativas de prescripción social,

como la actividad deportiva, participación en grupos de apoyo mutuo, dinamización de redes de apoyo vecinal, actividades de ocio perfiladas por edades y un largo etcétera.

También quería mencionar brevemente la importancia de regular y legislar sobre el acceso al cannabis —esto no va a hacer que se consuma más, sino que se controle más el acceso y se conozca mejor el uso que se hace de esta droga para poder reducir la adicción a la misma— gracias al Ministerio de Sanidad, que ha sacado del cajón un dictamen para el uso medicinal del cannabis. Por otro lado, regular el uso recreativo del cannabis es una cuestión de salud pública, de protección de los menores para que no puedan acceder y de protección también de la libertad de los adultos, además de una oportunidad económica. La cuestión es quién ordena esta situación. En Más Madrid creemos que deben ordenarla el Estado y los poderes públicos, porque la prohibición no sirve para reducir y acabar con el consumo; al revés, lleva a la proliferación del mercado negro.

Luego está el alcohol, la sustancia psicoactiva más consumida en España y también la más aceptada por su componente social. Ninguna droga es inocua y, desde luego, es fundamental cuando hablamos de adicciones para tener claros y visibilizar todos los factores de riesgo que supone el consumo de determinadas drogas. En el caso del alcohol, y atendiendo a la perspectiva de género, lo que ocurre con respecto al consumo es que a los chicos se les exime de la responsabilidad y a las chicas se nos culpabiliza. Esto deriva en algo de lo que no se habla y es fundamental. El factor de riesgo más grave que deriva, precisamente, del consumo del alcohol y otras drogas es la violencia sexual. Por supuesto, no es condición para que se dé esta violencia, pero, sin duda, es un factor de riesgo para todas las mujeres. La violencia sexual como riesgo para la mujer está invisibilizada por una perspectiva androcéntrica del consumo de drogas. Se habla de destrozos del mobiliario urbano, de problemas de salud y de sanciones administrativas, pero nunca se habla de la violencia sexual. Hay mucha presión social entre los y las jóvenes porque, si no bebes, no se socializa y, por tanto, te estigmatiza más. Además, en los hombres está mucho más asumido el alcohol que en las propias mujeres.

Es muy importante atender a las diferencias y desigualdades de género en los contextos del propio consumo. Los hombres consumen mucha más cocaína porque es una droga que se adecua mucho más a la masculinidad, a la fuerza, a la violencia, al control y al dominio. Las mujeres, en cambio, consumimos muchos más hipnosedantes, tranquilizantes y drogas legalizadas. Las mujeres tenemos un alto índice de dependencia de estas drogas citadas por dos motivos: porque son drogas que se ajustan mucho más al rol de género de no transgredir las normas —nos tomamos las pastillas en nuestra casa— y porque son drogas que nos ayudan a sobrellevar todos los malestares de género que padecemos. También porque las mujeres somos mucho más recetadas, patologizadas y medicalizadas. Una mujer con problemas de alcoholismo está mucho peor vista que un hombre que presenta un consumo problemático de alcohol. Esto es una realidad. Una mujer alcohólica se concibe socialmente como una mala madre, una mala cuidadora y, sobre todo, que no está al servicio de todo el mundo. Por eso, señora ministra, es fundamental, tanto para abordar la prevención como para adaptar la asistencia y tratamiento de las adicciones, tener en cuenta todas estas diferencias que anteriormente he comentado en mi intervención.

Muchas gracias.

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

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

El señor **FERNÁNDEZ RÍOS**: Tengo que reconocerle que a mi grupo le gusta la idea de que su ministerio tenga al frente a una persona que es médico y que además se da la circunstancia de que es madre. Nos parece que esa combinación debería proporcionar a quien va a ser la máxima responsable de algo tan trascendental para un país como es la sanidad y, por derivación de lo que estamos hablando hoy, de un problema como las adicciones una combinación de profesionalidad y sensibilidad que podría ser muy interesante. El problema —mire usted por dónde— es que resulta que ese médico y esa madre es usted, justamente una persona que en su currículum ha demostrado con creces que su sectarismo y su fanatismo ideológico, por desgracia, siempre han estado muy por encima de cualquier asomo de profesionalidad o de sentido de responsabilidad, algo que en teoría se le debería de suponer por la conjunción de las facetas que acabo de comentar.

Hoy, evidentemente, vamos a hablar solo del campo de las adicciones. Sobre la sanidad en general la pude escuchar en su anterior comparecencia y creo que ya quedó usted bastante retratada, así que voy a centrarme en el problema de las adicciones, que, al parecer, no por las declaraciones de hoy, sino por otras, es algo que usted sin duda conoce. Usted, señora García, ha mantenido como válida y no ha rebatido una guía del ministerio que dirige, el Ministerio de Sanidad, que recomienda tener —atención— un camello de confianza que tenga experiencia y conozca bien las drogas que vende. Sí, sí, no se ría, es así. Esta barbaridad sigue vigente en una guía publicada por su ministerio sobre reducción de riesgo en las sesiones de sexo y droga, en la que da pautas sobre cómo realizar prácticas o juegos sexuales bajo los efectos de las drogas, una práctica conocida como *chemsex*¹. Usted, señora García, ¿es consciente de lo que supone que un personaje público como es usted, una ministra de Sanidad, asuma, no rebata este tipo de mensajes y permita que bajo su responsabilidad se mantengan este tipo de guías y consejos tan peligrosos? ¿Se da usted cuenta del mensaje que está lanzando a la sociedad, y muy especialmente a los más jóvenes? ¿Sabe usted que tanto el sexo como las drogas son dos adicciones recogidas por la Organización Mundial de la Salud y definidas como enfermedades físicas y psicoemocionales que crean dependencia? Le vuelvo a preguntar. Ahora que es usted ministra de Sanidad, ¿sigue pensando lo mismo? Porque con estos asuntos es hasta una irresponsabilidad hacer bromas.

Algunos hemos visto lo que pasó en los años ochenta, las generaciones de jóvenes destrozadas, sobre todo en los barrios obreros, y se lo digo por experiencia, viniendo de uno de esos barrios de Madrid, donde muchas personas arruinaron sus vidas, entre otras cosas porque quien debía, el Estado, no se tomó este asunto en serio en ese momento. Y a mí la verdad es que me cuesta mucho entender qué pretenden en estos asuntos ustedes, los de la izquierda comunista. ¿Qué pretenden, que España se acabe convirtiendo en algo parecido a un narcoestado para que se reproduzca aquí lo que, por ejemplo, está pasando en ciudades como Nueva York? ¿O es que, ya que ustedes están dejando a muchos jóvenes, desgraciadamente, sin trabajo, sin futuro, quieren que al menos olviden sus problemas a base de drogas? Señora García, le insisto, ¿sabe usted realmente lo que es el

¹ El señor Fernández Ríos pronuncia /'tʃem.seks/. Ver página 23.

*chemsex*², sus consecuencias? Porque, si no está al corriente, según el último informe del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, en estos momentos —son datos de su ministerio— están aumentando de forma alarmante en Europa todo tipo de infecciones de transmisión sexual: gonorrea, un 48 %; sífilis, un 34 % y clamidia, un 16 %. Y a usted, que además es médico, no se le ha ocurrido poner remedio a este disparate generado desde el ministerio que ahora dirige. ¿Sabe usted que el sida también ha experimentado repuntes en toda Europa y que en España lideramos el *ranking* en repunte de sida, con una tasa de 3500 nuevos casos al año?

Se lo vuelvo a decir con todo el respeto, ponerla a usted al frente del Ministerio de Sanidad es como darle una cerilla a un pirómano. Comprenderá que nos preocupe sobremanera que una persona como usted, que es capaz de permitir este tipo de declaraciones, sea quien lidere ahora la salud pública en España y en particular la gestión contra las adicciones, y es que en los próximos años, señora ministra, nuestra sociedad va a tener que enfrentarse a grandes desafíos con el problema de las adicciones que van a necesitar decisiones firmes y contundentes y olvidarse de las veleidades ideológicas a las que, por cierto, ustedes son tan aficionados, como, por ejemplo —en un tema importante, un tema cualquiera—, el creciente uso de nuevas sustancias sintéticas, como puede ser el caso del fentanilo. No sé si lo sabe, pero en la última encuesta sobre alcohol y drogas ya se ve que la prevalencia de consumo del fentanilo en España en la población entre quince y sesenta y cinco años en solo cuatro años ha pasado del 2 % al 14 %. Esto, señora ministra, empieza a ser un problema grave. Dese usted una vuelta, si quiere, por las calles de ciudades como Filadelfia y verá en lo que pueden convertirse los barrios de muchas ciudades españolas como no actuemos ya, antes de que sea demasiado tarde.

Hay que optimizar la red de detección de consumo, hay que luchar sin miramientos y con todo el peso de la ley contra su tráfico, venga de donde venga, antes de que empecemos a ver estas imágenes que le estoy diciendo de ciudades americanas, de Estados Unidos. Ministra, venga de donde venga. Lo digo por la cercanía de algunos compañeros de su gabinete con algún país cercano al sur que produce el 75 % del hachís del mundo. Venga de donde venga. Y perdóneme que se lo diga de nuevo, señora García, pero es que usted no nos transmite ni mucho menos la confianza de ser la persona idónea para liderar esta labor y este problema al que nos enfrentamos. Usted ha hablado antes del cannabis, y le vuelvo a preguntar. Por ejemplo, ¿qué me dice de los intentos constantes de su propio grupo en esta Cámara en la legislatura pasada para legalizar el consumo de cannabis, hablando inicialmente de su uso medicinal? ¿Está usted de acuerdo? ¿Está usted de acuerdo como ministra de Sanidad en abrir la puerta poco a poco al consumo libre de marihuana?

Me gustaría que me respondiera, porque el pago que tiene que hacer nuestro autócrata presidente Sánchez a grupos como el suyo, a grupos comunistas, para poder mantenerse en el poder ya se demostró nefasto en la legislatura pasada con el señor Garzón, con quien padecí —iba a decir que tuve el placer— varias veces intervenciones como esta de hoy con usted, y ya le apodé, creo que de forma acertada, como ministro de la nada, porque nada gestionaba, no sirvió para nada y para una cosa que hizo en el mundo de las adicciones y respecto al juego —y se lo advertimos, se lo advertí en Comisión—, una nueva chapuza, una nueva vergüenza, una nueva manera de legislar

² *Idem.* Ver página 23.

absurda. Es evidente que dejar en sus manos la posibilidad de legislar sobre muchos asuntos —insisto— es poner la cerilla en manos del pirómano. A fin de cuentas, el ministro Garzón era el ministro de la nada y, como se demostró, no hacía nada, pero su caso es distinto. Usted es la ministra de Sanidad, usted está al frente de una de las carteras más importantes y de mayor incidencia en la vida de los ciudadanos de un país, usted tiene en sus manos cuidar el bien máspreciado de las personas, que es la salud.

Acabo. La única posibilidad de que pudiera tener algún tipo de credibilidad para realizar esa tarea tan importante sería que usted dejara de ser Mónica García y se convirtiera en la ministra de Sanidad, algo que creo que va a ser totalmente imposible. Por desgracia, me temo que a estas alturas ese cambio en su persona y empezar a ejercer como ministra de Sanidad es algo que no va a suceder y no vamos a tener más remedio todos los españoles que padecer a la Mónica García que conocemos en otras Cámaras, en otras declaraciones, a la activista, a la incendiaria, a la que ha demostrado cómo es usted en la vida pública, pero al menos espero que esto sea por muy pocos meses y, por el bien de todos, por el menor tiempo posible.

Muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Andrés Añón.

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

Buenos días, señorías. Bienvenida, ministra, a esta que es su Comisión. Muchas gracias por esta comparecencia, en la que hemos podido constatar que el abordaje de las adicciones forma parte de la acción estratégica de su ministerio para la protección de la salud y de la salud pública. Cuenta con todo el apoyo de nuestro grupo parlamentario y le deseamos larga y próspera legislatura.

Permítanme, señorías, que las primeras palabras, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, sean para las personas, y sus familias, que en este momento se encuentran en proceso de superar una adicción y para todas aquellas que están a punto de iniciar estos procesos. Nuestro grupo parlamentario es sensible a su situación y queremos transmitirles nuestro compromiso de trabajo. Es un compromiso de trabajo que viene de lejos, que arranca con el Plan Nacional sobre Drogas de 1985, de Ernest Lluch, que nació para atajar los efectos devastadores de las drogas ilegales en una sociedad que se enfrentaba a lo que entonces se denominó una pandemia, sin información, sin formación y sin recursos asistenciales. En aquel momento, Ernest Lluch trató también los efectos nocivos de las drogas legales, como el alcohol, el tabaco y los fármacos, en plena vigencia hoy. Un plan nacional de drogas que se ha desarrollado hasta nuestros días, vertebrando las políticas de adicciones de nuestro país, y aquí queremos hacer un reconocimiento al equipo de la Delegación del Plan Nacional de Drogas y a su titular, Joan Ramón Villalbí, por su labor de análisis y coordinación.

Concienciar sobre la propia salud, incidir sobre los determinantes sociales de las adicciones, colaborar entre todas las administraciones, asociaciones y ciudadanía para

reducir la oferta y la demanda de consumo, disponer de una red asistencial adaptada a los patrones de consumo de cada momento, ser proactivos ante nuevas formas de adicción, especialmente en la población menor de edad y joven, son ejes del plan que están vigentes y que nuestros gobiernos socialistas —estatal, autonómicos y locales— siempre han desarrollado en su acción política desde la corresponsabilidad y con la participación del tejido asociativo, y para cuya labor mi grupo quiere tener hoy un reconocimiento especial a las entidades que forman parte del Consejo Español de Drogodependencias y Adicciones: UNAD, Proyecto Hombre, Cruz Roja, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados y también para las muchísimas que trabajan cada día incansablemente en la red de prevención y asistencia de las adicciones.

Es en esta línea en la que avanza nuestro Gobierno de coalición: Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, Real decreto por el que se desarrollan entornos más seguros de juego de 2023, estudio del uso medicinal del cannabis, cuya regulación está en marcha, tal y como nos ha confirmado hoy la ministra, a los que se sumarán las regulaciones prioritarias para nuestra formación política y de las que también ha dado cuenta la ministra: una, la ley para prevenir el consumo y efectos del alcohol en menores, engarzada en la prioridad de nuestro Gobierno y de nuestro presidente, Pedro Sánchez, de protección de los menores de edad, iniciada con la ley orgánica de protección a la infancia y a los derechos de la infancia de la legislatura anterior y que sigue con esta ley sobre alcohol y la futura regulación del uso de Internet; y la otra prioridad es el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo.

En este punto continuará mi compañero, el senador don Rafael Rodríguez Villarino.

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

Me sumo también a las felicitaciones y al honor que nos hace con su presencia en esta Comisión, que es la suya y la de todos, y además con la que nosotros nos encontramos muy satisfechos con su funcionamiento, tanto pasado como actual.

En mi caso, voy a tratar dos temas, me voy a centrar exclusivamente en dos: uno es el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027 y otro es el que tiene que ver con las adicciones conductuales, que creo que son relevantes.

En relación con el plan, tengo que decir que nos sentimos muy satisfechos por muchos motivos. Primero, porque España siempre ha sido pionera en este ámbito, y ahora vuelve a serlo después de un tiempo, después de una serie de modificaciones y, además, porque me ha gustado mucho una palabra que leí en el propio plan, cuando dice: es una demanda urgente de la ciudadanía; es decir, se está teniendo en cuenta a la gente. Pero, además de eso, también es una reclamación para adaptarnos a los estándares de la OMS y de la Unión Europea; entonces, está todo en línea. Y además el plan es generoso porque reconoce méritos a todas las partes, a todo el mundo que lleva trabajando desde hace tantos años, no se coloca ninguna medalla y actúa de un modo muy solidario.

Quiero decir que algunas críticas tienen fundamento, pero otras no, porque podemos decir que este plan, si tiene algo, es consenso; además de consenso, tiene historia y, además de historia, está muy bien organizado. Está bien organizado porque tiene una

estructura que además integra —y de ahí viene la palabra integral— cuatro ejes. Uno es el eje de protección medioambiental, que hasta ahora no estaba contemplado; otro es el sanitario, el normativo que, como bien dijo la compañera del País Vasco al principio, está pendiente, como tanta gente, de cómo será su desarrollo normativo y regulador después, pero es un plan proactivo que ya dice la propia ministra que está en marcha, que no se puede parar y que es necesario.

En ese aspecto, este plan es muy de aprobarse, porque va en línea con todo lo que debe ser. Tiene una parte también muy relevante, la referida a que está bien estructurado, y si decimos que está bien estructurado es porque además tiene evaluación, que es una parte que me parece muy interesante, no solo de resultados, sino del proceso. Y, como tiene evaluación de proceso, eso quiere decir que tiene en cuenta el *feedback* y que se va a ver si los medios y los recursos son apropiados o no; y va a ir cambiando constantemente, como también se van a cambiar las metas. Por tanto, es un plan flexible, y siendo un plan flexible, siendo un plan bien estructurado y siendo un plan bien organizado lo más normal es que tenga éxito, que lo necesitamos. Pero hay algunas cosas que deben cambiar, a pesar de los indudables éxitos que ha cosechado, en este caso el Ministerio de Sanidad, a lo largo de los años. Uno es que, por ejemplo, llevamos casi treinta años con medidores específicos de inicio del consumo de tabaco y de inicio del consumo habitual del tabaco, que se sitúan en el primer caso en los 14 años —entre 13 y 14 años— y en el segundo caso entre los 14,5 años y los 15 años. Pero lo peor de eso es que la previsión que se hace para el año 2040 es de unos meses nada más. Creo que habría que ser un poco más ambiciosos en esas metas, porque esa meta utópica de la primera generación libre de tabaco quedaría muy, muy lejos, no sé en qué siglo; deberíamos intentar ajustarla un poco más.

He oído algunos comentarios en esta Comisión que no me parecen en verdad apropiados, que son sexistas y que no deberían llevarse a la práctica. Me sorprenden por parte del compañero que los ha hecho, porque después de algún contacto que he tenido con él pensaba que era de otro modo, y me han sorprendido no gratamente; seguro que es una línea que no debería pasarse. Pero, en cualquier caso, afortunadamente se han abandonado argumentos en el ámbito de las adicciones que hace unos cuantos años —hablo del año 2001— todavía estaban en boga, como alguno que decía que el tabaco era bueno porque la gente que moría prematuramente le ahorra dinero al Estado. Esto salió en la República Checa, donde una compañía a la que no voy a hacer publicidad decía que se ahorran 147 millones de dólares al año gracias al tabaco. Cuando se enteraron en Estados Unidos, el escándalo fue total; abdicaron de ese tipo de comentarios y nunca más salieron. Ese mismo año, la directora general de la OMS en aquel momento —el año 2001—, la doctora Brundtland decía que fumar es la única actividad que, practicada adecuadamente, casi invariablemente resulta en la muerte del fumador. De lo que se olvidó es de que fumar no es una actividad voluntaria para mucha gente, sino que es una adicción, y esto me lleva a la segunda parte.

En el ámbito de las adicciones conductuales, mucha gente se sorprende, probablemente porque no conoce el origen de la palabra adicción. El origen es del latín *addictus*, que era aquella persona que perdía su libertad cuando por las deudas quedaba a merced del deudor y se convertía en su esclavo. Estamos hablando de que era un comportamiento adictivo aquel que se debía al juego, al gasto. Precisamente el juego y las adicciones conductuales forman parte de una investigación y de un paradigma que ahora mismo se ha impuesto, por mucho que clasificaciones como el DSM-5 de la APA, la Asociación Americana de Psiquiatría, o el CIE-11 de la OMS todavía tengan dudas con

respecto a qué lo es o qué no lo es. Lo que está claro es que el origen etimológico se basa precisamente en una adicción conductual. Además, las adicciones conductuales se caracterizan por dos cosas: una, por un fuerte componente de dependencia psíquica que está ahí y, otra, por las consecuencias adversas económicas, familiares, de salud mental —ansiedad, depresión, etcétera— y de relación familiar. Eso lo cumplen muchísimas adicciones que son consideradas conductuales, comportamentales, adicciones sin droga. Y tengo que agradecer que en este caso el ministerio y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas han sido sensibles a esto desde el año 2014. En el año 2014, se empezaron a incluir el juego patológico y el uso de Internet en las encuestas ESTUDES y EDADES; en el año 2018, se unieron los videojuegos, y este año 2023 se ha añadido también a estas encuestas el indicador de admisiones a tratamiento. Se ha hecho el primer informe sobre comportamientos adictivos a base de admisiones a tratamiento y se han visto un montón de adicciones que antes no contaban. Por ejemplo, la adicción a la compra. Y alguien dirá: Pero ¿qué es eso? Pues es la tercera en el *ranking*, después de la adicción al juego, en primer lugar, y la adicción a Internet, en segundo lugar; después ya aparecen las compras y, a continuación, las adicciones debidas al sexo, trastornos alimentarios y otras. Bien, pues todas estas adicciones no están atendidas y en muchos casos son vistas de modo trivial, cuando no jocoso. Se dice: Ah, mira, es que compra mucho. Es un ejemplo, pero quien dice eso, en relación con el sexo, lo ve como algo —lo hablaba al principio— que hay que separar del vicio, que muchas veces se sigue contemplando no solo en el ámbito de la terapia, sino en el ámbito social.

Son muy necesarias actuaciones en este ámbito: primero, por estigma; segundo, por ceñirse a la realidad, y, tercero, porque hay muchas partes que todavía no se han realizado y es importante que el ministerio las tenga en cuenta. Una de ellas es la que tiene que ver con la prevalencia. ¿Cuál es la prevalencia real? A las investigaciones o preguntas que ahora se incluyen en las admisiones a tratamiento, nosotros pedimos que ahora se amplíen a las encuestas ESTUDES y EDADES, y pedimos que también se hagan investigaciones de prevalencia nacional para saber realmente cuántas personas lo padecen, porque sí hay escalas que están validadas y que permiten de alguna manera saber cuál es en este caso su extensión. Por otra parte, hace falta formar a profesionales especializados, porque parece que todo es lo mismo y las adicciones no son iguales.

Creo que me estoy pasando del tiempo y no quiero excederme. Señora ministra, no quiero excederme más en mi tiempo. Simplemente quiero agradecerle su presencia. Esperamos que esa norma regulatoria en el tabaco vaya adelante. Y en lo demás, deseársela suerte, porque su suerte será la nuestra.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Andrés Añón y señor Rodríguez Villarino.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Velasco Morillo.

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

Muy buenos días, señora ministra. Sea usted bienvenida, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, a la Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones. Entiendo que, desde el 26 de enero, en que acudió a este Parlamento a la Comisión de Sanidad, hasta hoy, 15 de abril, ha estado muy ocupada como para no poder venir a esta Comisión a describirnos las líneas del ministerio al frente de la política de adicciones. Aun así, le damos la bienvenida.

Señora ministra, desde el 21 de noviembre, que usted tomó posesión y se convirtió en la primera ministra que ocupa el ministerio que no pertenece al grupo mayoritario de la coalición que conforma el Gobierno, en esta Comisión estábamos esperando saber cuál iba a ser su política a seguir en materia de adicciones, pero también estaban pendientes las personas que sufren los problemas de las adicciones, sus familias y las entidades del tercer sector que trabajan del lado de estas personas, y en ocasiones hablamos de trabajo con personas de gran vulnerabilidad. Traslado desde esta Comisión todo el reconocimiento del Grupo Parlamentario Popular.

El propio presidente de la Red de Atención a las Adicciones le pedía el día de su toma de posesión que impulsara las políticas de drogas para blindar los derechos de las personas con adicciones, porque esta problemática sigue afectando a miles de personas y familias en España. Porque, a pesar de que las adicciones ya no producen tanta alarma social como en los años ochenta, siguen generando graves problemas en las personas, sus familias y también en la sociedad. Para ello, señora ministra, una de las prioridades es aumentar las partidas presupuestarias destinadas a políticas de drogas y adicciones. Le recuerdo que en este 2024 no tenemos presupuestos nuevos, no son sus presupuestos, y además en el ámbito de las adicciones están en función de lo recaudado vía fondos de bienes decomisados, en gran parte. Nos ha trasladado que se ha reforzado el área. Y yo le pregunto: ¿en qué líneas? ¿Nos puede indicar cómo va a afectar no tener presupuestos nuevos al desarrollo de medidas actuales o a abordar nuevas medidas necesarias, como, por ejemplo, en las sustancias psicoactivas estimulantes, como las metanfetaminas o el *crack*? El propio delegado del Gobierno —al que agradezco que esté en esta sala—, cuando anunció el Plan Nacional sobre Drogas, ya manifestó su preocupación al conocerse que no había presupuestos. Y nos ha hablado de una guía de utilización de los psicofármacos. ¿Están contando con las comunidades autónomas y las sociedades científicas? ¿A qué nivel?

Sobre el Plan de Adicciones 2021-2024, que se enmarca en la Estrategia sobre Adicciones 2017-2024, ¿considera que realmente se está abordando de una forma eficiente como para que en España, en este 2024, se hayan reducido los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y las ocasionadas por las adicciones comportamentales? Me preocupa que en su primera intervención no haya hablado de las adicciones comportamentales; espero que en la réplica hable de ellas. ¿Cómo están los trabajos del nuevo Plan de Acción sobre las Adicciones para el periodo 2025-2028? ¿Han definido las prioridades, objetivos, nuevos ámbitos a abordar en el Consejo Español de Drogodependencia y otras Adicciones? ¿Considera de utilidad el trabajo que se está llevando en el marco del consejo?

Con respecto a la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, que finaliza este año, ¿están trabajando en una nueva desde el ministerio? ¿Dará participación a todos los actores implicados o, por el contrario, es más partidaria de imponer un texto?

Durante la Presidencia de España del Consejo de la Unión Europea, junto con la presidencia de Bolivia de la CELAC, adoptaron una declaración de paz que pone sobre la mesa temas tan relevantes como el tráfico de drogas y su impacto en la salud y la seguridad, y la identificación temprana de nuevas sustancias psicoactivas. Señora ministra, ¿nos podría definir en qué acciones concretas se ha comprometido España en el marco de la Declaración de paz? ¿En qué consiste el apoyo y la financiación que España ofrece a la cooperación establecida entre América Latina y la Unión Europea? Usted mismo dijo que iba a haber un apoyo técnico y financiero en la reunión que mantuvo en Viena en marzo de 2024. ¿A qué compromisos concretos se ha de sumar España con la Comisión de Estupefacientes de la ONU, con el fin de abordar de una mejor manera la política de drogas, los tratamientos y el acceso a los servicios sanitarios?

Entrando en los resultados de las encuestas de ESTUDES y EDADES, que se publican a través del informe de actividades de la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, el alcohol se sitúa como la sustancia psicoactiva más consumida entre los estudiantes de enseñanza secundaria, con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Tres de cada cuatro reconocen su consumo alguna vez en la vida y supone 2 puntos más con respecto al año 2021. Se eleva el consumo a medida que se avanza en edad, entre los 17 y 18 años, y, como usted también ha dicho, el consumo es mayor en mujeres que en hombres. Estos datos requieren, desde luego, una intervención por todos los poderes públicos, lo comparto con usted. ¿Considera que es suficiente lo que está haciendo el ministerio en este ámbito o va a anunciar algún plan, como ha hecho con el tabaco, antes de que veamos en esta Cámara el proyecto de ley? Lo digo porque, aunque nos ha indicado que va por buen camino, también nos lo anunciaron durante la legislatura pasada en otras comparecencias de distintos responsables que le han precedido y nunca lo hemos visto. Entonces, no sé si antes de la ley tiene previsto incorporar algún plan.

Y sobre el tabaco, se mantiene como la segunda sustancia psicoactiva, con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes, aunque en algún punto menos que en 2021. Quiero destacar que aumenta el consumo con la edad —usted también ha hablado de ello—, y en el último consejo interterritorial, usted informó sobre el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo, un plan que desempolvó de los cajones del ministerio, de los despachos del ministerio. Nos alegra que haya cambiado su discurso, pues era un plan que, al principio, en lugar de informar sobre sus contenidos, distintos miembros de su ministerio se dedicaron a ir en contra de los consejeros del Partido Popular e incluso en redes en contra de algún presidente de mi partido. Esta forma de proceder poco ayuda antes de valorar e incorporar las propuestas de mejora que le estaban trasladando.

¿Dio usted instrucciones de cerrarse en banda ante las propuestas que trasladaban los consejeros? ¿Considera que un plan, si queremos que tenga resultados positivos, ha de contar con financiación? ¿Qué dotación presupuestaria tiene previsto para desarrollar el plan? En esta Comisión le traslado que no tenga ninguna duda de que, tanto desde aquí como desde los órganos de coordinación establecidos sobre la base de nuestro ordenamiento jurídico, con las comunidades autónomas, donde esté representado el Partido Popular, trabajaremos por mejorar la salud de los ciudadanos de una forma seria y responsable. No le quepa la menor duda de que estamos a favor de un plan con medidas en beneficio de los jóvenes, de que los jóvenes no empiecen a fumar y, quienes tengan el ámbito, lo abandonen lo más pronto posible.

Señora ministra, estamos a favor de implantar medidas valientes, como establecer generaciones libres de humo y de ayudar a que las personas puedan dejar de fumar. Estamos comprometidos con la salud pública. El Grupo Parlamentario Popular agradecemos que hayan tenido en cuenta las observaciones de las comunidades autónomas. Solo de esa forma y rectificando su actuación previa conseguiremos avanzar. Al final, hoy, en esta Cámara, le hemos escuchado decir que es un plan de todas las comunidades autónomas y nos alegramos de que lo haya tenido en cuenta, pero, sobre todo en las medidas de restricción —y usted lo conoce bien—, un plan necesita un aporte legislativo, y en esta Cámara esperemos trabajar y dar ese aporte legislativo que se necesita. Pero no le quepa la menor duda que siempre tendrá al Grupo Parlamentario Popular en los ámbitos de salud pública, en los ámbitos que mejoren todo lo que suponen los riesgos del tabaco.

Con respecto al cannabis, en la encuesta ESTUDES ya se ha hablado de cifras y de la prevalencia del consumo de cannabis y cuándo empieza. He de destacar que el cannabis y la cocaína serían las drogas con mayor consumo entre hombres y mujeres. La Delegación del Plan Nacional sobre Drogas ha elaborado una publicación —que seguro que usted conoce bien— sobre cannabis, preguntas, respuestas y dudas, cuyo fin entendería que es dar a conocer más sobre el cannabis, que podría ayudar también a bajar el consumo de los efectos negativos que genera, como así nos lo manifestaron los expertos que pasaron por esta Cámara la legislatura pasada, durante los trabajos de la subcomisión que se creó para el uso recreativo del cannabis. Y, como muy bien puede saber, estamos hablando de una planta que contiene más de cien cannabinoides y, la mayoría de ellos, han sido poco estudiados. Los clínicos nos advierten de las consecuencias cuando se empieza a consumir en edades jóvenes. Señorías, problemas relacionados con la salud mental y también, de alguna forma, usted ha indicado. Pero es que, además, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, SEMERGEN, nos trasladaba que la práctica totalidad de la evidencia disponible adolece de importantes limitaciones metodológicas. Aun contando con escasa evidencia, usted, en la Asamblea de Madrid, defendía una regulación del cannabis, no sé si era la terapéutica o la recreativa; querría saber si sigue pensando lo mismo como ministra de Sanidad.

Aun conociendo la complejidad de la planta del cannabis, hace un par de meses, elaboraron una consulta pública del proyecto de real decreto por el que se establecen las condiciones de la elaboración —termino, presidente— y no sabemos si sigue en pie o lo piensa retirar. ¿Considera que el proyecto puede ayudar a reducir el consumo? El propio fiscal antidroga nos ha advertido de que hay un documento, a nivel de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de Naciones Unidas, que nos dice que la regulación no evita el consumo y no sé si lo ha tenido en cuenta. ¿De qué evidencia científica disponen desde que se concluyeron los trabajos en esta Comisión? ¿O, para usted, la evidencia científica solo es necesaria si sirve para atacar a los comunicadores que no le bailan el agua? En fin, estamos hablando de un tema sumamente serio.

Termino. Desde luego, otro de los ámbitos que hay que abordar es el tema de las adicciones comportamentales, porque en el ámbito de nuestros jóvenes están generando graves problemas y requiere de una prioridad, al igual que las adicciones con sustancias.

En el turno de réplica, abundaré en algún tema más.

Muchas gracias. **(Aplausos).**

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

Ahora, tiene la palabra la señora ministra, para contestar las preguntas que se han formulado.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Muchísimas gracias a casi todas las intervenciones.

Voy a empezar por la más intrascendente, la que menos les ha aportado y les va a aportar a los ciudadanos, la del señor Fernández Ríos, de VOX. Gracias por los ataques personales que siempre me dedica su grupo parlamentario. Veo que no son capaces ustedes de salir de ese marco. Soy médica, médica con *a*, y madre; pones una *a* al final de una palabra y entras de lleno en el siglo XXI. Sí, soy activista de la defensa de la sanidad pública, lo voy a ser siempre. Soy activista de la defensa de la salud, radical, fanática, todo lo que usted quiera, lo soy, y a mucha honra; eso espero que repercuta en políticas útiles para los ciudadanos y las ciudadanas, no como su intervención. Entiendo que usted no me dé credibilidad a mí y que dé más credibilidad a los negacionistas. Fenomenal, pero nosotros vamos a seguir gobernando para la gente y no para la charlatanería.

No le voy a contar lo que es el control de daños. No le voy a contar lo que son las organizaciones que trabajan a pie de calle, en las que ellos hacen sus propias diferentes recomendaciones. En cuanto al *chemsex*, sí le voy a contar que no se dice /'tʃem.seks/, se dice /'kem.seks/³, que conocemos perfectamente que es un problema y que no se aborda a base de estigmatizar y de juzgar; se aborda a base de conocer con profundidad el problema. La ignorancia es bastante atrevida y, también, por lo que veo, es bastante maleducada. Yo solo le recomendaría un poquito más de educación y un poquito más de lectura de todos los informes que tenemos dentro del ministerio, no solo los que a usted le interesan, y del maravilloso trabajo que se lleva haciendo desde hace muchísimas décadas en este país para la lucha contra las drogas y contra las adicciones, y que creo que, excepto con usted o con su grupo parlamentario, aquí hay un consenso y una voluntad propia, solo por el hecho de tener, además, una comisión específica sobre esto.

Y, para terminar, a mí no me va a hablar de relaciones con el narcotráfico, cuando tienen al presidente de un partido paseándose por un yate y a una concejala suya, una narcoconcejala de VOX, en Parla, que fue detenida por llevar armas, cocaína y 38 millones de euros.

Pasado lo intrascendente, ahora, si quieren, seguimos con las cosas importantes, las que de alguna manera nos han traído a esta Comisión y que al resto de los que estamos aquí nos hacen trabajar. Por el Grupo Vasco, a la señora Ahedo, le digo que respeto competencial máximo, ya se lo he dicho una y mil veces; nosotros sí que creemos en la descentralización, no como una debilidad, sino como una fortaleza, y creo que se ha ido demostrando, no solo a partir de la pandemia, sino a partir de todos los trabajos que

³ Ver páginas 14 y 15.

estamos haciendo en el ministerio. Nosotros sí que velamos por la salud de todos y todas las ciudadanas y los ciudadanos, y siempre bajo el eje de la equidad, del acceso, de la justicia social y de que cualquier ciudadano, en cualquier punto de nuestro país, tenga las mismas oportunidades de proteger su salud.

Por supuesto, el borrador no solamente va a ser respetuoso con las comunidades. Lo digo y lo vuelvo a decir, los borradores son elaborados con las comunidades y de la mano de la coautoría de las comunidades, como no puede ser de otra manera, porque si alguien conoce bien cuáles son los elementos, en lo que a sanidad, adicciones o salud pública se refiere, son las comunidades.

En cuanto al plan normativo, como usted bien sabe, del plan integral del tabaco se derivan una serie de iniciativas legislativas. Independientemente de que estén en un plan normativo, son muchas las iniciativas legislativas que se derivan y, como bien les decía, está en sus manos. Ha habido alguna intervención —la última, la del Grupo Popular— en la que no se tenía muy claro cuál era la diferencia entre lo que hacía el Ejecutivo y lo que hacía el Legislativo. Nosotros proponemos planes, los hablamos, los consensuamos, los dialogamos y, luego, se le pasan al Legislativo. Entonces, obviamente, ustedes tendrán el anteproyecto de ley, como no puede ser de otra manera, con todo el procedimiento, como tiene que ser, dentro del Poder Legislativo. Por eso, les decía que todas estas preocupaciones que ustedes tienen aquí las desarrollen también en compromisos reales con ese plan normativo.

Con respecto a la prescripción médica, nosotros hablamos de una guía de prescripción, que tengamos claro cuándo, cómo y para qué se prescriben los psicofármacos, y cuándo, cómo y para qué se tienen que ir quitando. Pero, obviamente, esto solo no vale, no es el único fin y, como bien he dicho en mi intervención, aquí el problema es multifactorial. Tenemos que hablar de la falta de tiempo, efectivamente; de la medicalización de los malestares cotidianos; de cómo no les podemos estar atendiendo adecuadamente y, al final, acaban con una pastilla; de los sesgos de género que han salido también en varias intervenciones. Para esto, para solucionar este problema sí que no hay una pastilla, porque lo que tenemos —y espero que haya un compromiso por parte del ministerio y por parte de las comunidades— es el compromiso de reforzar los dos elementos que son nucleares para poder dar solución a este sobreatamiento, que son la atención primaria y la salud pública; dos pilares que las anteriores políticas de recortes dejaron, de alguna manera, raquíticos y que estamos intentando reforzarlas, cómo no, con la ayuda de todas las comunidades autónomas, también con la implicación de Farmacia, también con la implicación de la sociedad a través de campañas, de formación, etcétera. A veces cuento la anécdota de cuando fuimos al Puerto Seco de Madrid de Coslada. Durante la visita, uno de los comentarios que nos hizo el director es que los contenedores de psicofármacos, que tienen un tratamiento especial, se habían multiplicado por tres. Estamos hablando de psicofármacos en la unidad de contenedores. Entonces, de alguna manera, estamos dopando a nuestra sociedad cuando muchas de las soluciones son soluciones sociales. Por eso, decía en mi intervención que ante problemas sociales no podemos dar una pastilla y que la vida duele, en muchos casos, no por un dolor físico, que pueda ser tratado en el Sistema Nacional de Salud, sino por dolores sociales. Por eso, estamos comprometidos en abordar los determinantes sociales de la salud. Como también decía la señora Delgado, las adicciones no son una cuestión individual, efectivamente, son una cuestión social, más allá de que ya están determinadas como enfermedades en sí mismas. A los pacientes con adicciones no se les juzga, como han hecho aquí algunos intervinientes; a los pacientes con adicciones se les trata, se les acompaña, se les cuida. Y

ese creo que es el sentir más o menos mayoritario de esta Comisión. Claro que tenemos un problema de sobremedicalización, de sobrepatologización y de infradiagnóstico, en muchos casos, y por supuesto, de sesgo de género. Esto es evidencia científica pura y dura, no es ideología, es evidencia científica. Efectivamente, para cada una de las sustancias, actúa de una manera diferente. Entonces, nosotros para cada uno de los elementos, tendremos que actuar de una manera diferente.

Voy a repasar un poquito los datos con respecto al consumo de alcohol. Los datos de los diferentes estudios, que están elaborados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, son plomizos y, por eso, tenemos que actuar. Me preguntaba también la señora Ahedo que por qué solamente en los menores. Bueno, es que, como ya he leído, hay un artículo de la Constitución que dice que tenemos que proteger, sobre todo, a los menores. Ahora bien, eso no significa que nos tengamos que centrar en el problema de alcohol solo en los menores, pero sí creo que merece un capítulo aparte, que ahora, si les parece, les paso a leer con respecto al marco legislativo que tenemos y al que queremos llegar. Los datos del estudio EDADES y del estudio ESTUDES son contundentes y plomizos: El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, el 75,9 lo ha consumido alguna vez en la vida; el 73,6, en el último año; el 56, en el último mes. El 41 % se ha emborrachado en el último año —estamos hablando de estudiantes de secundaria— y el 28 % lo hace en atracón y el 47 %, lo hace en botellón. Quiero decir que todos estos datos no pueden valernos solamente para recogerlos y contarlos, sino que, obviamente, nos tienen que valer para actuar. Y en la población de 12 y 13 años, también los datos son muy preocupantes. Por eso, queremos que haya un marco legislativo que sea completo, homogéneo, que proteja a nuestros menores y que regule los aspectos más relevantes relacionados con la publicidad, con la venta, con el patrocinio de bebidas alcohólicas, enfatizando en la prevención ambiental, el control al acceso, la regulación de la publicidad, el cumplimiento de las leyes y la regulación de los puntos; y cuyos objetivos sean proteger la salud y la seguridad de las personas menores —no por ello dejamos de proteger la salud y la seguridad de los adultos, pero necesita una regulación aparte—, retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol, modificar la baja percepción de riesgo que hay del consumo de alcohol y reducir el patrón de consumo de alcohol por atracón, limitar el acceso a los menores a las bebidas alcohólicas e implicar activamente a toda la sociedad. Estamos ultimando el borrador, pero, obviamente, una vez que pase a anteproyecto pasará a ser suyo y serán ustedes los que tengan que hacer las aportaciones pertinentes para que podamos proteger a nuestros menores.

Los datos del cannabis también los voy a leer, porque ha salido en varias intervenciones. Es la sustancia ilícita, ilegal más consumida en España, con un incremento en la frecuencia y en la intensidad del consumo. Esto da para pocas frivolidades, si se apoya, se dice, no se dice o se deja de decir. Esta es la realidad, es la sustancia ilegal —a día de hoy es ilegal— y su consumo tiene un crecimiento exponencial. La población entre 14 y 18 años en un 26,9 % dice haberlo consumido alguna vez; el 21 %, en el último año, o sea uno de cada cinco chavales, y el 15 %, en el último mes. El consumo problemático está en un 14,5 %. Y, luego, en la población de 15 a 64 años tenemos otros porcentajes. El 40 % lo ha consumido alguna vez; el 10 %, en el último año; el 8,6, en el último mes, y el consumo problemático se eleva a un 21,5 %. Estamos hablando de población entre 15 y 64 años. En los episodios en urgencias la que más presencia tiene es el cannabis, en el 45 % de los episodios, seguida por la cocaína. Esta es la realidad a día de hoy de esta sustancia ilegal. Y, efectivamente, tenemos que empezar —creo que muchos de nosotros y nosotras ya lo hemos aprendido— a dejar de estigmatizar las adicciones, el consumo y también dejar de estigmatizar el no consumo del alcohol, que decía la señora Delgado.

Cuando alguien deja de fumar es un héroe y animamos a todo el mundo a que deje de fumar, sin embargo, alguien que no consume alcohol tiene frente así una presión social muy importante que, de alguna manera, no deja de ser una pequeña estigmatización de aquellas personas que prefieren realizar su ocio sin la ayuda o el complemento del alcohol.

Efectivamente, como decía tanto la señora Andrés Añón como el señor Rodríguez Villarino, el plan sobre el tabaco es sin medallas. Es la parte más bonita de la política, porque la medalla se la ponen los ciudadanos y en este caso más que nunca. No es una medalla del ministerio, es una de las cosas que hemos tenido que explicar y reexplicar muchas veces a las comunidades gobernadas, en este caso, por el Partido Popular. Este plan no es nuestro, no es del ministerio. El ministerio coordina, le puede poner un lazo, un empaquetado, si se me permite la intromisión en el ámbito de los empaquetados genéricos, pero no es un trabajo solamente del ministerio. Es un trabajo de las comunidades y, sobre todo, es un trabajo muy técnico y científico, apoyado e impulsado por las sociedades científicas y por las asociaciones que están preocupadas, que van desde asociaciones preocupadas por la juventud hasta la Asociación Española Contra el Cáncer, que sabe que el 30 % del cáncer de nuestro país tiene origen en el tabaco y que este produce más de dieciséis tipos de cánceres. Entonces, efectivamente, hay una política muy bonita que es la de repartir medallas para todos y, en este caso, repartirlas entre los ciudadanos, que son los que al final se llevan esa calidad de vida y esos años de vida.

Sobre las adicciones comportamentales, disculpen si no las he mencionado al principio, pero también tenemos, obviamente, los datos acompañados de la preocupación y de la iniciativa política. Les leo los datos. En la población entre 15 y 64 años, la más amplia, el 5,3 % jugó dinero *online* en el último año; algo más de la mitad de ellos, el 57 %, fue de manera presencial. Un 1,7 % puede presentar trastorno del juego y el 3,5 % cumple criterios de uso compulsivo de Internet. En la población de secundaria, entre los 14 y los 18 años, el 20,5 % presenta un trastorno compulsivo de Internet —más en chicas en este caso que en chicos—, el 10,7 % jugó dinero *online* en el último año y el 17 % jugó dinero de manera presencial. ¿Cuáles son las acciones que estamos llevando a cabo y que, por supuesto, queremos impulsar? Aumentar las acciones de sensibilización en este tema, con información, formación e investigación de adicciones a juegos de azar, a apuestas, a videojuegos, a pantallas, a todo esto que estamos viendo con mucha preocupación las madres, y también las médicas; sistematización de la recogida de datos; elaboración de materiales preventivos sobre adicciones sin sustancia; disponibilidad de programas de prevención; por supuesto, todas aquellas políticas que puedan limitar que las salas de juegos estén a cien metros de los institutos de los chavales, y que no proliferen estos negocios o estos locales comerciales como algo normal y natural, como ha ocurrido en los últimos años en nuestro país, impulsados por algunos partidos que están hoy presentes preocupados por estas mismas adicciones comportamentales. Claro, es que atacar todas estas adicciones requiere de múltiples acciones y es imposible atacarlas hablando de la libertad de mercado y de que se puedan poner este tipo de casas de apuestas, por ejemplo, a las puertas de los institutos y de los colegios. Bueno, se puede hablar de decirlo o se puede hablar de no evitarlo, porque iniciativas parlamentarias para evitar que haya lugares de juego cerca de los colegios no son pocas y no son, de alguna manera, apoyadas por todos los grupos parlamentarios. Tenemos que valorar que las consecuencias de las adicciones no son consecuencias en el individuo. Esta visión comunitaria, esta visión de alguna manera poblacional que nos ofrece la salud pública, es esa visión muchas veces no reconocida y no integrada pero que tiene que ver con que las consecuencias adversas son sobre el individuo, sobre su familia, sobre su entorno, sobre la sociedad, sobre la salud y sobre la economía. O sea, que de una parte individual

pasamos a un problema social; por eso tenemos que atajar estos problemas desde todos los puntos de vista.

El hecho de que yo esté aquí compareciendo hoy, más pronto, más tarde o lo que sea, no significa que no estemos en contacto permanente con los pacientes y con las asociaciones. El trabajo que se está llevando a cabo —insisto, no solamente desde el ministerio sino desde las comunidades—, espero y deseo que no solamente dependa de que yo comparezca. Yo comparezco encantada y las veces que mi agenda me lo permita, porque, efectivamente, ¿estoy trabajando? Sí, estoy trabajando mucho, y a mucha honra, para la salud y el beneficio de los ciudadanos y de las ciudadanas, pero el trabajo no es solamente mío, es un trabajo transversal, es un trabajo que se hace desde todas las consejerías, que se hace desde todos los gobiernos y desde el ministerio, y ese trabajo no cesa, no para ni se inicia cuando yo le doy al *on* al micrófono.

La señora Velasco Morillo decía que hay que aumentar las partidas presupuestarias. Aumentémoslas. De acuerdo. Para eso hay un pequeño detalle que se llama impuestos, que es de lo que emanan y beben todas las políticas sanitarias, porque nuestro Sistema Nacional de Salud se sostiene por y gracias a los impuestos. Así que hablemos de una fiscalidad que sea justa, que nos pueda permitir aumentar las partidas presupuestarias para poder invertir en la salud de nuestros ciudadanos y que no redunde en un mayor gasto sanitario. Por ejemplo, una de las cosas que se dicen con respecto al tabaco es que se recaudan muchos impuestos. El gasto que se genera del consumo de tabaco está más que demostrado que supera con creces lo recaudado por los impuestos. Así que si hablamos de presupuestación es imposible hablar de presupuestación sin estar a favor de que en este país tengamos lo que básicamente dicen los artículos 31, 129 y 131, que es redistribución de la riqueza y redistribución del dinero.

Me decía que contemos en un futuro con sociedades científicas. Esta es el *alma mater* del ministerio. Como decía antes, no es que contemos, es que están integradas, es que no hay plan que salga de este ministerio que no esté hablado y consensuado con las sociedades científicas, que no esté guiado por ellas y que no esté guiado por la ciencia. Ya lo he dicho, la evidencia científica recorre el Ministerio de Sanidad de arriba abajo, y lo va a seguir haciendo. Por eso, no tienen cabida ni los negacionistas, ni las pseudociencias. Siempre contamos con las sociedades científicas y siempre contamos con las comunidades autónomas porque, por suerte, tenemos un Consejo Interterritorial de Salud del Sistema Nacional de Salud que es donde se trabajan todos estos temas y donde se pulen, donde se traen las alegaciones y donde se tienen en cuenta todas ellas. Esta es la manera de trabajar. Lo dije desde el primer momento en que tomé posesión: el diálogo y la búsqueda de consensos van a ser la materia prima de este ministerio; entre otras cosas porque, como bien han dicho ustedes, más allá de los colores hay una preocupación genuina por la salud de nuestros ciudadanos, y esa preocupación genuina la compartimos todos y todas. Cuando algunos se quitan la gorra de partido político, se ponen la gorra de Gobierno y realmente bajan a las medidas concretas que mejoran la salud de la gente, nos ponemos de acuerdo. Es muy sencillo. Por eso, creo que la sanidad pública y nuestro Sistema Nacional de Salud es un catalizador de consensos, así que utilicemos este catalizador de consensos para el resto de la política.

Me ha dicho que voy a imponer. Yo no impongo nada, me remito a una separación de poderes que hay aquí, en este país. Nosotros proponemos, elaboramos los planes, etcétera, etcétera, y son ustedes, la Cámara legislativa, los que tienen que dar cuerpo y forma a todos estos planes que previamente hemos consensuado. Y sí, hay una

preocupación que no es solamente española, que no es solamente de nuestro país, que no es solamente del ministerio, sino que hay una preocupación internacional, una preocupación europea, con la que obviamente el delegado lleva trabajando todo el tiempo que lleva como delegado, así como todos los delegados anteriores y todas las administraciones. Esto no es una cosa que solo ocurra en España.

Termino con un detalle que decía también en esa intervención intrascendente, que es lo que ocurre en Estados Unidos. Lo que ocurre en Estados Unidos es fruto de la ausencia de una sanidad pública —una de las cosas que nos hace más robustos a estos problemas, que pueden llegar, pero no con la misma naturaleza— y de la desregulación. En este caso, para que no ocurra lo de Filadelfia —como usted dice—, voy a seguir siendo activista del mayor freno para que eso no ocurra, para que no nos convirtamos en un país en el que el 65 % de las bancarrotas tienen que ver con problemas de salud —como puede ser Estados Unidos— y con esa desregulación que lleva a tener las imágenes que usted comentaba, voy a seguir siendo activista y radical del mayor valor que va a ponerle freno a eso, que es la sanidad pública.

Muchísimas gracias. (**Aplausos**).

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

En turno de réplica, de menor a mayor y por un tiempo de tres minutos, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, la señora Ahedo Ceza.

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

Con medio minuto me va a valer, porque lo único que quiero es agradecerle a la ministra las respuestas que nos ha dado y tenderle nuevamente la mano de mi grupo para todo lo que puedan ser colaboración y aportaciones. Creo que vamos a tener tiempo en la legislatura para poder profundizar en un montón de temas que son de interés general.

Gracias.

El señor **PRESIDENTE**: Gracias, señora Ahedo Ceza.

Por el Grupo Parlamentario Plurinacional SUMAR e Izquierda Confederal, tiene la palabra la señora Delgado Gómez.

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

Muchísimas gracias, señora ministra, por todo lo que nos ha explicado y por todo el compromiso de este Ministerio de Sanidad. Bueno, ¡por Dios, lo que hay que escuchar en esta Comisión! Vamos a ver, denme muchas ministras radicales, comunistas y subversivas como usted, señora ministra Mónica García. Prefiero ministras como usted

que no vicepresidentes toreros, por poner un ejemplo, ¿no? Y además que sea médica, como si eso fuese un estigma. Es un orgullo que usted sea médica y, además, que tenga conocimiento de causa.

Quería hablar también del *chemsex*, que es un problema muy muy serio sobre el que no se puede frivolar. Es un problema de adicciones, es un problema de droga, de sexo y de adicciones, que, además, son físicas, psicológicas y que necesitan un tratamiento. Muchas personas han perdido ya la vida y a otras personas se les ha truncado completamente. Por supuesto que hay que tratar y hay que acompañar, igual que se hizo, precisamente, en los ochenta —que algunas sí tenemos edad para recordar esa época— con los problemas de la heroína, cuando había que acompañar a las personas con ese problema de adicción tan grave. Se les daban incluso jeringuillas para evitar la transmisión del VIH/sida; y cuando digo VIH/sida, quiero decir que no aumentan contagios de sida, porque lo que se transmite es el VIH. Por favor, hablemos con propiedad porque, si no, estamos aumentando todo el estigma hacia un colectivo de personas con VIH. Afortunadamente, con todos los adelantos que ha habido en la ciencia, con VIH se vive, se vive perfectamente y con dignidad, y no se puede ser excluyente hacia las personas de VIH, porque eso, además, está muy feo.

Por otro lado, señora ministra, me alegro muchísimo de este anteproyecto de ley orientado a la prevención del alcohol en los menores, sobre todo teniendo en cuenta que en la Comunidad de Madrid tenemos un presidente de las Nuevas Generaciones del Partido Popular, Ignacio Dancausa, que incita a los jóvenes a que se afilien al PP y los invita a un chupito en las discotecas. Entonces, vamos a prevenir todas estas situaciones.

No sé si me queda mucho tiempo, pero, señora ministra, después de todo lo que se ha planteado hoy aquí, se concluye que es fundamental apostar por las políticas de prevención de las adicciones, que tengan en cuenta la perspectiva de género en todo su desarrollo a la hora de recabar los datos de consumo y, también, a la hora de aplicar soluciones y dar tratamiento. Pongamos sobre la mesa, de una vez por todas, todos los factores de riesgo y de vulnerabilidad a los que están expuestos las y los jóvenes. ¡Que no se les invite a chupitos, por Dios! Pongamos sobre la mesa la peligrosidad de las sustancias psicotrópicas legales, como el alcohol o los psicofármacos, y saquemos del agujero negro del estigma a las drogas ilegales, como el cannabis, para poder establecer pautas que ayuden a prevenir el consumo irregular.

Voy terminando, señor presidente, estoy con el tiempo en naranja, pero espero no llegar al rojo. Solo teniendo en cuenta todos estos factores, conseguiremos abordar la problemática de las adicciones desde una perspectiva integral que, de verdad, sirva para prevenir y que sea transformadora.

Muchas gracias, señor presidente, y entré dentro del tiempo.

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

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

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

Señora García, creo que, al final, me he quedado corto en la primera intervención. Para ser intrascendente, como dice usted, ha estado la mitad de la réplica citándome. A ver, si tenía alguna duda de que usted y su dogmatismo son ahora mismo uno de los mayores peligros que tenemos en la sanidad española, de verdad que me lo ha aclarado. Porque ¿sabe usted una cosa? Es que el subconsciente es muy peligroso. Cuando vea el *Diario de Sesiones* de hoy, usted —además, ha sido usted—, en su intervención, refiriéndose al cannabis ha dicho una frase curiosa, si quiere luego se la envíe. Ha dicho: El cannabis es un problema que es ilegal a día de hoy. Pero, aquí, a mi derecha, la señora Delgado, portavoz de su grupo, aquí hoy también —el *Diario de Sesiones* es lo que tiene, que se puede leer— ha dicho —palabras textuales— hace unos minutos: Regular el uso recreativo del cannabis es un asunto de salud pública y una oportunidad económica. Repito, regular el uso recreativo; no dicen el terapéutico. Entonces, me voy a centrar en el cannabis, porque, claro, usted habla de cannabis muy por encima, para decir —le repito la frase— que es ilegal a día de hoy. Eso lo ha dicho usted hace unos minutos. Sí, sí, puede leerlo tranquilamente. Mire, es que no son conscientes del daño que puede hacer el cannabis. Muchos foros, mucha campaña mediática, mucho vender lo poco peligroso de su consumo y los posibles beneficios de su legalización, pero, es que, en el tema del cannabis, ustedes —la izquierda comunista y también, es curioso, algunos grupos separatistas— se están aliando con lo peor del capitalismo. Insisto, se lo he dicho antes y se lo recalco, usted ahora no es una fanática de izquierdas, es la ministra de Sanidad. El cannabis, la marihuana —esa que usted dice, repito, que es ilegal a día de hoy y que algunos pensamos que debe ser ilegal por mucho tiempo—, es un estupefaciente catalogado en la Convención de 1961, de 1977, de 1988, que produce adicción, que produce problemas mentales y físicos —usted es médico—, cardiopatías, deterioro mental, deterioro cognitivo, depresión, falta de planificación, fomenta el consumo de otras drogas y aumenta casi en cuatro veces el riesgo de esquizofrenia. Pero ¿sabe cuál es además el mayor problema del cannabis para algunos? ¿De su —¿cómo era, señora Delgado? **(la señora Delgado Gómez: Ah, no sé)**— oportunidad económica y de su asunto de salud pública? ¿De hacer que el uso recreativo del cannabis sea legalizado? Lo peor es que tenemos un problema en España — y esto sí está testado—, una lacra gigantesca que es el suicidio. Pues el cannabis aumenta la posibilidad de suicidio en un 50 %. Entonces, por un lado, en esta Cámara hemos creado recientemente una subcomisión para estudiar la salud mental, que es algo que creo que todos los que estamos en esta sala tenemos claro que es uno de los mayores problemas sanitarios a los que se enfrenta España; y, por otro, algunos como ustedes, de una manera o de otra, a veces de forma más clara —en algunos casos evidente; repito, *Diario de Sesiones* de hoy—, quieren legalizar el cannabis. Y le repito, el cannabis, neuroimagen, 56 publicaciones; riesgo de psicosis, riesgo de esquizofrenia, aumenta en un posible 140 %. Pero, ya que hemos hablado antes de países, porque a ustedes les gusta mucho hablar de países, en algún país —ahora en estos viajes que hace usted—, en alguna nación, que hace unos años, convencidos y engañados, han legalizado la marihuana, cuando vaya usted por esos países dese una vuelta y hable con los médicos que tratan este tipo de patologías en esos hospitales y que le cuenten el panorama al que se enfrentan, porque esos efectos son los que le competen a usted como ministra de Sanidad.

Desde luego, lo que ustedes tienen claro es que no van a justificar ni encontrar ningún experto, realmente independiente, que les dé la razón. Se lo ha comentado antes la portavoz del Grupo Popular. Usted misma —acabo, presidente—, en la Asamblea de Madrid, no hace ni dos años, firmó una proposición no de ley, que llevó su compañero Moruno, en la que la justificación para legalizar el cannabis era básicamente que se podía

acabar con el mercado negro. La justificación para legalizar el cannabis —de ustedes, de Más Madrid, firmado por usted— era que era una de las maneras de acabar con el mercado negro. A ver, si la evidencia está ahí; váyase a Uruguay. ¡Si cuando se legaliza el cannabis, el mercado negro aumenta! ¡Si todo lo que nos dijo en su día el presidente Mújica, de Uruguay, de que se habían ahorrado o habían quitado...! Miren, hay una realidad, y es que, si legalizamos el cannabis, los consumidores de cannabis en España van a pasar de 600 000 a más de un millón. Entonces, con esto —y acabo— aclárense ustedes, no nos critiquen —entre comillas— tanto y en un tema tan serio como el cannabis —repito, ahí está el *Diario de Sesiones*, ahí está lo que ha dicho usted y lo que he dicho a su portavoz— a nosotros no nos van a engañar.

Muchísimas gracias.

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

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Andrés Añón.

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

Gracias, ministra, por las respuestas y los comentarios a nuestra intervención y a las de todos los grupos, que también nos sirven para aprender.

Vemos que, en esta Comisión, parece que todos compartimos el mismo objetivo sobre las adicciones, pero la verdad es que hechos son acciones, y las acciones son muy distintas según el color político de cada Gobierno. No es lo mismo una sala de juego por cada 4263 habitantes de la Región de Murcia, que una sala de juego por cada 46 500 habitantes en Asturias. No es lo mismo. No sé si son razones económicas o de qué tipo de razones se trata, qué beneficios hay y quién los tiene.

En adicciones hay dos cuestiones fundamentales que inciden en el riesgo, algo de lo que hoy hemos hablado todos en esta Comisión. Una es la salud mental. Hemos hecho referencia a ello casi todos los grupos. No es lo mismo dotar el Sistema Nacional de Salud de una estrategia de salud mental y elaborar y dotar económicamente un plan de acción de salud mental, que adelgazar los servicios públicos de salud y también de salud mental, dejando fuera a quienes no pueden costearse una atención privada. Eso lo practican gobiernos de derechas cuyos grupos han hecho aquí hoy manifestaciones en favor de disminuir el riesgo y de mejorar la atención.

Tampoco son lo mismo y también influyen en el riesgo los determinantes sociales. Lo hemos mencionado, lo ha mencionado la ministra y otros grupos. En este caso, los determinantes sociales del riesgo que llevan a las adicciones proceden de la situación económica. Aquí no es lo mismo abaratar el despido que generar estabilidad en el empleo o congelar el salario mínimo que revalorizarlo e incrementarlo y ponerlo en una cuantía digna para poder llevar una vida digna. No es lo mismo promover el acceso a la educación pública y garantizar que así sea con programas de becas que están presupuestados con partidas que se han transferido a las comunidades autónomas, que dejar a la gente joven sin acceso a la educación; o reforzar los servicios públicos de sanidad con una sanidad pública universal y gratuita que promover la sanidad privada. Eso también repercute, y

mucho, en el tratamiento de las adicciones y en su prevención. Como repercute mucho en las adicciones de las mujeres incluir una perspectiva de género, que debe incluirse siempre en cualquier cuestión sanitaria por una razón que es obvia y que los médicos y las médicas entienden muy bien.

Los gobiernos y todos tenemos la obligación de minimizar estos riesgos. Por ese motivo, nuestro Gobierno de coalición —nuestro grupo parlamentario lo reconoce y apoya todas las medidas y acciones que lleva a cabo en este sentido— trabaja en estas líneas y, además, informa las acciones en relación con las adicciones, y Ernest Lluch, en aquel plan inicial de 1985, decía cómo había que enfocarlas: con firmeza, con seguridad, con gusto por la vida, promocionando la salud, con realismo, sin dramatización y con esfuerzo colectivo y solidario. El Gobierno de coalición avanza, lo hace en esta línea, nuestro grupo está orgulloso y reitera su apoyo.

Gracias. (**Aplausos**).

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

Para concluir en este turno de réplica, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Popular, la señora Velasco Morillo.

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

Señora ministra, hablamos de responsabilidad, de trabajar en el ámbito de las adicciones y de que ahí siempre encontrará al Grupo Parlamentario Popular y al Partido Popular. Antes le decía que determinados comentarios jocosos en redes no ayudan en nada, pero entiendo que de vez en cuando son anécdotas. A la hora de trabajar en una política seria, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito de las adicciones, que también conlleva una acción sanitaria importante, ahí siempre nos encontrará tanto al Grupo Parlamentario Popular como a los diferentes miembros de las comunidades autónomas del Partido Popular, en el marco que nuestro ordenamiento jurídico permite.

Tiene que entender, con respecto al tabaco, que me alegre de que no se pongan medallas, pero cuando indican en un consejo interterritorial que la ministra va a informar de un plan, ustedes ya clasifican entre los que apoyan o no apoyan, cuando solo iban a informar de un plan. Me alegro de que hayan tenido en cuenta las aportaciones de los consejeros del Partido Popular y que al final se convierta, como usted ha indicado aquí, en un plan de todos.

También tenemos muy claro cuál es la diferencia y la división de poderes. Ahora mismo, otros en su Gobierno no tienen tan claro cuál es la función del Poder Legislativo, del Poder Ejecutivo y del Poder Judicial, porque parece que están embarrándolo todo. Nosotros sí tenemos claro cuáles son las funciones de cada uno. Por eso le decía que hay una parte de ese plan que requiere un marco normativo y, cuando entre en esta Cámara, esperamos aportar las premisas o los objetivos que mejoren o puedan mejorar ese marco normativo que requiere el plan.

Con respecto a las adicciones comportamentales, ¿en el próximo Plan de Acción sobre Adicciones 2025-2028 piensan incorporar acciones coordinadas para abordar el posible trastorno por el uso de los videojuegos en jóvenes? O sea, ¿cuál es el trabajo que están teniendo en cuenta? Es algo que no contenía el anterior plan, porque el panorama de las adicciones ha cambiado, y más si cabe con respecto a nuestros jóvenes. Además, en el Senado se ha aprobado una ponencia para estudiar este tema de las nuevas tecnologías y las adicciones, cuestión a la que aquí, en la Comisión de Adicciones, todos los grupos que sustentan el Gobierno dijeron que no. Entonces, hay alguna incongruencia. Entienda que en este Parlamento lo único que queremos es ayudar a trabajar con documentos sólidos para que al final, si el Gobierno lo tiene a bien, lo tenga en cuenta. Tenemos el ejemplo de las propuestas que salieron de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica en esta Cámara, que han ayudado a trabajar en la política sanitaria de este país y en con respecto a las adicciones.

Yo le he dicho que no tenemos presupuestos, que ustedes no han querido que contáramos con unos presupuestos, que han rechazado traerlos a esta Cámara. Tiene que entender que eso va a generar ciertas limitaciones en el funcionamiento y en las previsiones que hagamos para abordar el marco de las adicciones en su política. Le recuerdo que no son unos presupuestos que usted haya elaborado, sino que son unos presupuestos que usted recoge porque no han querido hacer unos nuevos, porque se han blindado y no han querido que pasaran por aquí. No sé si no contaban con los apoyos suficientes. No discuto el apoyo, pero la realidad es que este año no tenemos presupuestos.

Señora ministra, las drogas son un atentado contra la salud y debemos dar la batalla donde sea y de forma coordinada. Cuenten con nuestro grupo. Una persona presa de las adicciones, las que sean, pierde su libertad, su vida y las de su familia, porque se destrozan. Por eso merecen todo nuestro esfuerzo, compromiso y colaboración. Trabajaremos y le tenderemos la mano al Gobierno para dar esta batalla. Cuenten con ello y no disfracen mensajes que no tienen nada que ver con la realidad.

Muchas gracias. (**Aplausos**).

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

Para concluir, tiene la palabra la señora ministra de Sanidad.

La señora **MINISTRA DE SANIDAD** (García Gómez): Creo que de lo que se habla en esta Comisión es lo suficientemente serio como para no entrar en las provocaciones que aquí se han vertido. Así que voy a ir al grano de los asuntos que hemos tratado.

Empezando por el final, sí, claro, siempre que hablemos de problemas concretos, cotidianos, de lo que de verdad le importa a la gente que está afuera, que le da igual la gorra que tengamos aquí dentro, siempre nos vamos a poner de acuerdo. Insisto, el Sistema Nacional de Salud es uno de esos pegamentos que puede hacernos salir de todo el ruido político y mediático que hay alrededor.

Hablaba de anécdotas. El Ministerio de Sanidad no va a hablar de anécdotas ni va a escudriñar las frases, no va a sacarlas de contexto ni va a decir que tú dijiste tal. Vamos a ponernos a trabajar, que es lo que hemos hecho desde el primer momento, por supuesto, con todos aquellos y todas aquellas que quieran trabajar por la salud de la gente. Ya está, es muy sencillo. Y es que es verdad, es que lo hemos conseguido; lo conseguimos en el último consejo interterritorial y lo hemos conseguido a través del Plan Integral sobre el Tabaco. Las interpretaciones que se hagan de lo que se dijo o lo que no se dijo... La realidad es que hubo un consenso unánime, fruto del trabajo de todos y todas. Vuelvo a insistir en que esto no va de medallas, va de esfuerzos y, también, de impulsos. Aquí no vamos a negar el impulso del Ministerio de Sanidad, porque el Ministerio de Sanidad es el que ha impulsado un plan que llevaba en el cajón desde hacía mucho tiempo. ¿Con la ayuda de las comunidades? Por supuesto. No solamente con la ayuda, sino con el ofrecimiento del propio ministerio diciendo: vamos a hacer esto juntos y vamos a sacar este plan juntos. Vuelvo a insistir: ahora está en sus manos; ahora está en sus manos quitarse la gorra de partido político y ponerse la gorra de gobernantes, porque es a raíz de las leyes que van a emanar de este plan lo que va a permitir que sea ejecutivo o que no sea ejecutivo, que sea real o que no sea real, que las futuras generaciones tengan menos adicciones o tengan más. Allá cada uno con su conciencia y con su responsabilidad de cuál es el lugar que está ocupando, pero creo que todos somos conscientes del lugar que estamos ocupando, menos algunos que vienen aquí a hablar de mí. El día que haya una comisión de Mónica García entenderé que usted venga aquí a contar lo que soy y lo que dejo de ser, pero, mientras tanto, yo agradezco que en la Comisión de Adicciones el resto de los intervinientes hayan hablado de las adicciones y de los problemas que tenemos con las drogas en este país. A la comisión de Mónica García yo iré feliz para contestarle a usted a todos los planteamientos de índole personal y a todos los ataques personales, pero, hasta que no se cree esa comisión, aquí hablamos de las cosas importantes que le preocupan a la gente. **(El señor Fernández Ríos: Pero contestar no contesta).**

Sí, claro, el trastorno comportamental y todo lo que es la estrategia y todo el plan que se está elaborando, como todo en la ciencia y como todo lo que tiene que ver con la evidencia científica, no es estático, es dinámico. Como he contado en la primera intervención, el tipo de adicciones ha ido cambiando, los diferentes sesgos, a quiénes han afectado. El tabaco no afecta lo mismo a las mujeres que a los hombres. Al principio afectaba más a los hombres, luego más a las mujeres. Todo eso es algo dinámico, la ciencia es dinámica, el aprendizaje y el conocimiento son dinámicos. Tenemos que hacer que la política también lo sea y que seamos capaces de adaptarnos a las nuevas situaciones.

Cuando he hablado de presupuestos he aclarado que decir que hay que aumentar los presupuestos y las partidas presupuestarias tiene que ser congruente con que esas partidas presupuestarias sean suficientes y lleguen a todas esas capas de la población que están más afectadas, en este caso, por el problema de las adicciones y de las drogas, que son las capas más vulnerables socioeconómicamente hablando. Por eso, en nuestro ministerio hacemos especial hincapié —y creo que ponemos una visión que queremos trasladar al resto de los ministerios y al resto de la sociedad— en que para proteger la salud de la población no podemos hablar solo desde el Ministerio de Sanidad, tenemos que hablar desde el resto de los determinantes sociales de la salud; tenemos que hablar de vivienda; tenemos que hablar de políticas sociales; tenemos que hablar del salario mínimo; tenemos que hablar de condiciones laborales, porque todo eso impacta en la salud de nuestra población, en la salud mental y en las adicciones, porque hay evidencias más que de sobra que dicen que en las sociedades que son más desiguales esa desigualdad

afecta a todos estos parámetros que nosotros queremos defender. Y no se trata solamente de las capas inferiores, sino de toda la sociedad. Las sociedades más desiguales tienen mayor número de problemas de trastorno de salud mental, de adicciones, de embarazos no deseados, más delincuencia, etcétera. La desigualdad es un lastre. Por eso, para hablar de salud tenemos que hablar también de desigualdad y, por eso, este Gobierno y este ministerio vamos a poner en el foco la desigualdad. Para atacar uno de los problemas estructurales de las adicciones y de la salud de la población tenemos que atacar, cómo no, la desigualdad, y esto requiere de múltiples acciones en múltiples ámbitos.

Ya termino. Ha sido un placer. Espero que sigamos colaborando, que sigamos trabajando. Seguiremos los trabajos de esta Comisión de cerca y seguiremos trabajando en el ministerio y desde las diferentes comunidades con todos aquellos actores que quieran incidir realmente en la salud de la población, que quieran mejorar la salud de la población en un futuro, que quieran dar más años de vida y más calidad de vida a nuestros ciudadanos y ciudadanas.

Muchísimas gracias. (**Aplausos**).

El señor **PRESIDENTE**: Sin duda, es importante la tarea que tenemos por delante y es mucho el trabajo a desarrollar para abordar estos desafíos. Lo haremos en próximas sesiones.

Se levanta la sesión.

Era la una y quince minutos de la tarde.