



El fentanilo y el mercado de drogas ilícitas en España Contexto, amenazas y respuestas

Nota de concepto para favorecer el debate
Noviembre de 2023

Aunque no hay indicios de una fuerte presencia del fentanilo en el mercado ilegal de drogas en España, hay posibilidades reales de que suceda en el futuro. Por ello se prepara este documento, orientado a clarificar qué es y por qué nos preocupa, lo que sabemos de su presencia en nuestro mercado ilegal de drogas, los factores que lo han convertido en un problema muy grave en América del Norte y los elementos que deberían componer una respuesta equilibrada en nuestro país. Su objetivo es proporcionar elementos a los responsables de drogas y adicciones en las Comunidades y Ciudades Autónomas (en adelante CCAA), y facilitar un debate en el seno de la Comisión Sectorial.

Qué es y por qué preocupa

El fentanilo es un medicamento muy efectivo ante el dolor. Es un opioide sintético, utilizado desde hace años y con consumo creciente en el ámbito clínico de la red sanitaria. Tiene una notable capacidad adictiva. Su indicación en anestesia y para el dolor crónico oncológico está clara, aunque se está prescribiendo también para el dolor crónico no oncológico, y se vigila su uso.

El fentanilo (y sus análogos) juegan un papel determinante en la epidemia de opioides que vive América del Norte y que comporta altísimas tasas de mortalidad por sobredosis, de casi cien mil muertes anuales. Esta catástrofe se fraguó sobre tres hechos que tuvieron lugar de manera secuencial: i) la prescripción muy amplia de opioides para el dolor, incluso para el dolor traumático o de otro tipo inflamatorio de breve duración, que generó adicción en muchos pacientes hasta que se instauraron políticas más restrictivas; ii) la posterior disponibilidad de heroína de bajo coste y alta pureza procedente de cultivos en México; iii) la creación de laboratorios clandestinos en México que manufacturan grandes cantidades de fentanilo a partir de precursores químicos importados de China, que casi ha eliminado los cultivos de opio en esa zona. Esto condiciona un flujo de fentanilo barato a un mercado que combina usuarios de opioides de prescripción que desarrollaron adicción con usuarios de heroína de larga duración. Su frecuente uso conjunto con metanfetamina es una de las causas de la elevada mortalidad por sobredosis.

Situación en España

El consumo de fentanilo en España se produce básicamente por prescripción médica como tratamiento del dolor, principalmente indicado para el dolor oncológico. Los informes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos



Sanitarios (AEMPS) permiten ver la evolución de la prescripción de opioides en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se ha incrementado notablemente en los últimos años, al tiempo que ha disminuido el consumo de otros medicamentos opiáceos clásicos como la morfina. La preocupación por mejorar la prescripción de estos medicamentos ha llevado al Ministerio a acordar con las CCAA un Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud, que se está desarrollando actualmente, orientado a optimizar la prescripción y el consumo.

Las encuestas domiciliarias EDADES del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) no identifican un volumen importante de usuarios de medicamentos opioides sin receta (que incluyen el fentanilo y otros). Un 1,5% dice haberlos usado sin receta alguna vez en la vida, y con cifras tan pequeñas no se puede desglosar entre principios activos. Las estadísticas del OEDA incluyen aspectos relativos al fentanilo como los inicios de tratamiento, una muestra de visitas atendidas en urgencias, y las muertes por sobredosis.

La notificación de personas admitidas a tratamiento por abuso / dependencia de drogas identifica apenas a un pequeño número de personas que vayan a tratamiento teniendo como droga principal el fentanilo. Los últimos datos notificados por las CCAA al OEDA corresponden al año 2021 y muestran que, entre las aproximadamente 70 mil personas admitidas anualmente a tratamiento en la red pública de adicciones, sólo hay 174 casos en que el fentanilo sea la droga principal que motiva el tratamiento. El perfil de estos pacientes se corresponde con casos a los que se ha prescrito por dolor crónico y que han desarrollado una dependencia, por la que acuden a tratamiento. La mitad son mujeres, su edad media es superior a la de los consumidores de otras drogas, son personas que mayoritariamente tienen domicilio fijo, que no consumen otras drogas, que no usan la vía inyectada, sin enfermedades infecciosas relacionadas, y que acuden a tratamiento derivados por su médico de familia u hospital. Su perfil, por tanto, no se corresponde en absoluto con el de usuarios de heroína que hayan derivado al uso del fentanilo.

En el indicador de urgencias basado en muestras notificadas por las CCAA al OEDA ha aumentado el peso de los opioides distintos de la heroína, que están presentes en un 9% de los episodios atendidos de urgencias por drogas (las atribuidas al fentanilo fueron 16 en la muestra de 6.209 casos, sin distinguir los que corresponden a pacientes con medicamentos prescritos). En un estudio realizado con pacientes intoxicados que acuden a servicios de urgencias hospitalarios en Canarias se identificó fentanilo en la orina en algunos. Se desconoce quienes lo tenían prescrito, y cuantos eran turistas extranjeros que lo habían traído de su país. En un estudio con personas en tratamiento con agonistas opiáceos se identifica fentanilo en orina en una pequeña proporción. Es difícil extrapolar elementos de estos dos estudios a una perspectiva poblacional, pero nos alertan de cierta presencia. Por su parte, los estudios toxicológicos en las



personas fallecidas por sobredosis notificadas al indicador de mortalidad del OEDA muestran una presencia escasa de fentanilo: en los últimos años se han identificado indicios en 17-20 muestras al año (entre el millar de fallecimientos notificado).

Otra fuente de información menos sistemática son los servicios de reducción de daños y de *drug checking* que trabajan con usuarios de drogas en activo que aún no acuden a tratamiento no documentan un crecimiento de la presencia de fentanilo, ni de la adulteración de otras drogas con fentanilo. La Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), que gestiona servicios de esta naturaleza financiados con fondos públicos y que gestiona la mayor sala de consumo supervisado de España (en la ciudad de Barcelona), lo ha ratificado recientemente. El Sistema Español de Alerta Temprana del OEDA no ha recibido notificaciones de fentanilo como tal en muestras de consumo o de intoxicaciones.

En definitiva, pese a que desde algunos medios se viene hablando de una importante presencia de fentanilo en el mercado de drogas ilegales en España, no hay datos que lo indiquen. No se aprecian indicios de una derivación importante de fentanilo al mercado ilícito en España a partir de la prescripción (aunque podría haber casos puntuales). El Ministerio del Interior no ha detectado un volumen relevante de tráfico de fentanilo, como se ve en sus aportaciones a las memorias del Plan Nacional sobre Drogas. No se han identificado laboratorios que sinteticen fentanilo entre nosotros, ni la llegada de grandes alijos. Ahora bien, la aparente reducción en la producción de opio en Afganistán podría comportar menos disponibilidad de heroína que a su vez puede condicionar cambios en el mercado de drogas ilegales. Hay datos que sugieren que este proceso de reducción de la oferta es real. Es por ello que es apropiado plantearse anticipadamente como responder a un cambio potencial en el mercado.

Potencial de acción

La primera prioridad en este caso es velar por el control de la oferta de fentanilo en el mercado de drogas ilícitas. El Ministerio del Interior trabaja intensamente en ello, en combinación con Europol. La UE y España participan muy activamente en la alianza internacional promovida por los EEUU con este fin, la *Global Coalition to Address Synthetic Drug Threats*, y en sus grupos de trabajo.

Es deseable mantener y ampliar la vigilancia de la introducción de fentanilo en el mercado mediante sistemas que puedan actuar de forma precoz y con carácter de centinela. Esto puede hacerse a través de los servicios de *drug checking* que financia la DGPNSD; incorporando los servicios de urgencias hospitalarios que cuentan con mayor capacidad de análisis toxicológico al Sistema Español de Alerta Temprana; también ampliando el estudio de monitorización de metabolitos de drogas en aguas residuales de la red ESARC para incluir los opioides (actualmente ausentes), para lo que serían necesarios nuevos recursos.



Difundir criterios actualizados sobre tratamiento y reducción de daños entre los servicios y los profesionales que atienden a los usuarios de drogas, incluyendo el uso de la naloxona para revertir sobredosis. Esto requiere un trabajo conjunto con las CCAA, que se aborda en la Comisión Sectorial.

Preservar la red de atención a las adicciones y su capacidad de respuesta a problemas emergentes. La creciente integración de la red en los servicios autonómicos de salud ha de hacerse de modo que mantenga su capacidad de atender sin demoras a los pacientes que acuden, y que no se vea afectada su dotación de profesionales.

Estar en disposición de extender los tratamientos sustitutivos de opioides (TSO) que ya tienen en España una cobertura elevada, procurando mantener la capacidad de dispensación de metadona y trabajando para ampliar la prescripción de buprenorfina (que es relativamente baja en muchas CCAA). La buprenorfina-naloxona puede jugar un papel muy importante en la prevención de daños si el fentanilo entra en nuestro mercado, y actualmente su uso en la mayoría de CCAA es escaso y sujeto a trámites que lo dificultan. Podrían ser oportunos cambios en la política de financiación y prescripción de este medicamento.

Velar por la disponibilidad general de naloxona intranasal (que no requiere de personal sanitario para su administración) para revertir sobredosis. Establecer mecanismos que permitan su distribución amplia entre usuarios de drogas y su entorno más cercano. Esto puede requerir la adopción de cambios que lo faciliten, pues actualmente las condiciones de comercialización de este medicamento están más orientadas a su prescripción individual. Es preciso asimismo velar también por su disponibilidad en el lugar de trabajo de los empleados públicos que puedan tener exposición al fentanilo como sustancia decomisada.

Valorar la potencial viabilidad y aceptabilidad en nuestro medio de propuestas del tipo *safer drug supply* (*oferta de drogas más segura*), implantada de manera piloto en Canadá. Estos programas permiten la prescripción a usuarios de drogas ilícitas de medicamentos de la misma familia de los que consumen, buscando reducir las muertes por sobredosis y otros impactos de las drogas del mercado ilícito. En Canadá esta propuesta se inició hace unos seis años, mediante la prescripción de hidromorfona a usuarios de opioides. A diferencia del tratamiento con agonistas, se trataba meramente de evitar el consumo de las sustancias del mercado ilegal con dosis erráticas de fentanilo que favorecen las sobredosis letales. Las primeras evaluaciones locales de estos programas de *safer supply* sugieren que se acompañan de una disminución de las sobredosis y la mortalidad, y que aumenta el número de usuarios que acuden a tratamiento, pero se necesitan más estudios evaluativos en este campo. El mantenimiento del uso compasivo de diacetilmorfina con usuarios de heroína en Granada tras el ensayo PEPSA es un antecedente relevante en la misma dirección.