

Diario de Sesiones *de la* *Asamblea de Madrid*



Número 541

11 de junio de 2025

XIII Legislatura

COMISIÓN DE ESTUDIO PARA ABORDAR EL IMPACTO DE LA DROGA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

PRESIDENCIA

Ilmo. Sr. D. Ismael Sirio López Martín

Sesión celebrada el miércoles 11 de junio de 2025

ORDEN DEL DÍA

1.- C-788/2025 RGEP.10453. Comparecencia de la Sra. D.^ª Elena Andradas Aragonés, médico especialista en Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre la situación del consumo de cannabis en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea y Norma Tercera de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).

2.- C-743/2025 RGE.9451. Comparecencia del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, Licenciado en Medicina especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Secretario de Estado de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, con el siguiente objeto: informar sobre sus recomendaciones al respecto del asunto de estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

3.- C-879/2025 RGE.11413. Comparecencia de la Sra. D.ª Ángeles Sánchez García, Psicóloga Clínica del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Profesora Asociada de la UCM en el Máster de Psicofarmacología y Drogas de Abuso, Prácticum en Adicciones, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, con el siguiente objeto: informar sobre sus recomendaciones al respecto del asunto de estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea y Regla 3ª de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).

4.- C-723/2025 RGE.9282. Comparecencia del Sr. D. José Cabrera y Foneiro, Psiquiatra y Médico Forense, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, con el siguiente objeto: ofrecer una visión experta y multidisciplinar sobre las implicaciones del consumo de drogas en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

5.- Ruegos y preguntas.

SUMARIO

	Página
- Se abre la sesión a las 10 horas y 2 minutos.	24513
— C-788/2025 RGE.10453. Comparecencia de la Sra. D.ª Elena Andradas Aragonés, médico especialista en Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre la situación del consumo de cannabis en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea y Norma Tercera de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).	24513
- Exposición de la Sra. Andradas Aragonés, médico especialista en Salud Pública.	24513-24517
- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Núñez Huesca, el Sr. Arias Moreno, la Sra. Bonmati García y el Sr. Moruno Danzi.	24517-24523
- Interviene la Sra. Andradas Aragonés, dando respuesta a los señores portavoces. . .	24523-24525

<p>— C-743/2025 RGEF.9451. Comparecencia del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, Licenciado en Medicina especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Secretario de Estado de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, con el siguiente objeto: informar sobre sus recomendaciones al respecto del asunto de estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea)......</p>	24526
<p>- Exposición del Sr. Padilla Bernáldez, licenciado en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y secretario de Estado de Sanidad.</p>	24526-24531
<p>- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Carmona Osorio, el Sr. Arias Moreno, el Sr. Marcano Dasilva y el Sr. Núñez Huesca.....</p>	24531-24538
<p>- Interviene el Sr. Padilla Bernáldez, dando respuesta a los señores portavoces.</p>	24538-24541
<p>- Se suspende la sesión a las 11 horas y 45 minutos.</p>	24541
<p>- Se reanuda la sesión a las 12 horas y 9 minutos.....</p>	24542
<p>— C-879/2025 RGEF.11413. Comparecencia de la Sra. D.ª Ángeles Sánchez García, Psicóloga Clínica del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Profesora Asociada de la UCM en el Máster de Psicofarmacología y Drogas de Abuso, Prácticum en Adicciones, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, con el siguiente objeto: informar sobre sus recomendaciones al respecto del asunto de estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea y Regla 3ª de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).</p>	24542
<p>- Exposición de la Sra. Sánchez García, psicóloga clínica del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, profesora asociada de la UCM en el máster de Psicofarmacología y Drogas de Abuso, Prácticum en Adicciones.</p>	24542-24547
<p>- Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Marcano Dasilva, la Sra. Barrero Alba, el Sr. Escudero León y la Sra. Pasarón González.</p>	24547-24552
<p>- Interviene la Sra. Sánchez García, dando respuesta a los señores portavoces.....</p>	24553-24556
<p>— C-723/2025 RGEF.9282. Comparecencia del Sr. D. José Cabrera y Foneiro, Psiquiatra y Médico Forense, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, con el siguiente objeto: ofrecer una visión experta y multidisciplinar sobre las implicaciones del consumo de drogas en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).</p>	24556

- Exposición del Sr. Cabrera y Foneiro, psiquiatra y médico forense.....	24556-24559
- Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Barrero Alba, la Sra. Barahona Noriega, la Sra. Carmona Osorio y el Sr. Núñez Huesca.....	24560-24565
- Interviene el Sr. Cabrera y Foneiro, dando respuesta a los señores portavoces.	24565-24568
— Ruegos y preguntas.	24569
- No se formulan ruegos ni preguntas.	24569
- Se levanta la sesión a las 13 horas y 40 minutos.	24569

(Se abre la sesión a las 10 horas y 2 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenos días, señoría. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Estudio para abordar el impacto de la droga en la Comunidad de Madrid. Como cuestión preliminar primera, en virtud de lo dispuesto por el artículo 64.2, párrafo tercero, del Reglamento, solicito que por parte de los grupos parlamentarios se comuniquen en esta Mesa las sustituciones para la sesión de hoy. ¿Grupo Parlamentario Vox?

La Sra. **BARRERO ALBA**: Buenos días, presidente. Ninguna, gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿Grupo Parlamentario Socialista?

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Buenos días, presidente. Ninguna.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿Más Madrid? *(Pausa.)* ¿Y Grupo Parlamentario Popular?

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: No hay sustituciones, presidente. Buenos días.

El Sr. **PRESIDENTE**: Bien. Pasamos a abordar el primer punto del orden del día.

C-788/2025 RGEF.10453. Comparecencia de la Sra. D.^a Elena Andradas Aragonés, médico especialista en Salud Pública, a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre la situación del consumo de cannabis en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea y Norma Tercera de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).

Le damos la bienvenida, doña Elena, tome asiento; buenos días. En atención a lo anterior, le corresponderá a la compareciente un turno inicial de quince minutos, posteriormente intervendrán los portavoces de los grupos, como ustedes ya saben, por un tiempo máximo de cinco minutos cada uno y finalmente corresponderá al compareciente un segundo turno de cierre por un tiempo de diez minutos. Adelante, señora Elena; dispone usted un tiempo de quince minutos para su exposición.

La Sra. **MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Muy buenos días. Efectivamente, dado que comparezco como especialista en medicina preventiva y salud pública en esta mañana, voy a hacer una presentación teniendo en cuenta la realidad de una de las funciones básicas que trabajamos en el marco de la salud pública, como es la vigilancia de adicciones, el consumo de drogas, el de sustancias y de adicciones en la Comunidad de Madrid. Se trata de sistemas de vigilancia que son comunes para todo el Estado, no solamente en la Comunidad de Madrid, sino en todo el Estado, y que también están alineados con las estadísticas y el Plan Nacional de Estadística y las estadísticas a nivel europeo. No les voy a bombardear con gran cantidad de datos, pero sí quiero comentarles cómo habitualmente trabajamos con dos sistemas diferenciados de vigilancia de adicciones. Por una parte, las encuestas que denominamos poblacionales. Trabajamos -y seguramente será

conocido por ustedes y quizá se haya ya comentado algún dato previo en alguna de las comparecencias de las sesiones previas- con encuestas poblacionales de consumos y tendencias en población adulta de determinado tipo de sustancias. En la diapositiva de la derecha pueden ver el consumo del último año que es declarado por los adultos. Hacemos encuestas domiciliarias en personas entre 15 y 64 años de edad, a nivel nacional y en la Comunidad de Madrid, con una muestra representativa por edad, sexo y nivel socioeconómico en la Comunidad de Madrid. Y ven como, más que el dato preciso de la prevalencia de consumo, me interesa ver la tendencia, cómo hay una ligera tendencia ascendente en cuanto a lo que declaran los adultos de la Comunidad de Madrid del consumo en el último año de sustancias de hipnosedantes, un 10,7 por ciento, y de cannabis, un 9,7 por ciento.

De la misma manera, realizamos estudios poblacionales en estudiantes en los centros educativos de la Comunidad de Madrid entre los 14 y 18 años. Las gráficas están en la misma escala y pueden comprobar cómo entre los estudiantes de la Comunidad de Madrid, igual que ocurre en el contexto nacional, la droga más consumida es el cannabis, con una prevalencia de consumo en el último año declarada por los estudiantes de un 21,8 por ciento -ahí pone un 7 y es un coma 8 por ciento-, mientras que el consumo de hipnosedantes también, en este caso, presenta una cierta tendencia ascendente, un 15,2. Pero comparativamente en mismas escalas, proporciones, vemos cómo la prevalencia de consumo en el último año en adultos de cannabis es un 9,7 por ciento, lo que declaran los adultos, mientras que los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años un 21,8 por ciento.

En este contexto de estas encuestas poblacionales, fundamentalmente a estudiantes, les preguntamos sobre la edad de inicio al consumo, a la incorporación del consumo del cannabis, y de esa manera podemos estimar aproximadamente cuántos jóvenes en la Comunidad de Madrid inician el consumo de cannabis, y aproximadamente más de 23.000 estudiantes, de acuerdo a la declaración que realizan en las encuestas, se incorporan cada año al consumo de cannabis en la Comunidad de Madrid, y fundamentalmente lo que consumen es hachís más que marihuana.

Podemos seguir profundizando en estas encuestas poblacionales, fundamentalmente con estudiantes preguntándoles en relación con qué problemas presentan -declaran ellos que presentan- cuando consumen determinado tipo de sustancias nuevas sustancias psicoactivas. Cuando hablamos de nuevas sustancias psicoactivas, estamos hablando de sustancias emergentes que no están incluidas como sustancias fiscalizadas en los convenios de Naciones Unidas para estupefacientes, pero que realmente el mundo de las sustancias y de las drogas varía tantísimo no solamente razones geopolíticas, sino porque año a año van cambiando las sustancias y los productos, las modificaciones químicas que se realizan, pero no solamente se pregunte sobre sustancias nuevas y psicoactivas, sino también cannabis y otras sustancias en general que consumen. Y quería destacarles cómo los estudiantes declaran, en cuanto a problemas que detectan por haber consumido sustancias, fundamentalmente las discusiones, el mal ambiente y las discusiones el entorno familiar, con los padres, con familiares, con hermanos, el no recordar lo que ha sucedido y lo que han hecho en la noche anterior, la dificultad para concentrarse al día siguiente en el colegio después de salir la noche previa de marcha, por supuesto, las relaciones sexuales sin utilizar preservativo, incluso arrepintiéndose de haber tenido relaciones

sexuales en el día anterior, y en una proporción tampoco nada desdeñable, aproximadamente en un 22 por ciento, destacan episodios de delirios, de ansiedad y de algunas alucinaciones.

Y, cuando profundizamos en los problemas, cómo son percibidos por los adultos, la accesibilidad a las drogas o cómo perciben el consumo de sustancias, la problemática de sustancias en las zonas donde viven -como pueden comprobar en la diapositiva de la izquierda-, pueden observar cómo los adultos declaran en el último año que detectan una mayor accesibilidad al cannabis, que está en la línea en azul, y en gris la cocaína. Son las dos sustancias a las que declaran que hay una mayor accesibilidad en los entornos donde viven. Y en la diapositiva de la derecha pueden comprobar cómo el porcentaje de personas adultas que desde el principio de la pandemia creen que las drogas se están convirtiendo en un problema importante en la zona en la que viven, se ha incrementado en los últimos años por encima del 60 por ciento. De las personas que participan, de los adultos que participan en estas encuestas poblacionales en edades, manifiestan que las drogas son un problema importante en la zona donde viven.

Realmente no solo utilizamos estas encuestas poblacionales tanto en escolares como en personas adultas a nivel de su domicilio, sino que es muy importante por el mundo cambiante que hay a nivel de las drogas la monitorización de qué es lo que está circulando, qué tráfico puede haber, qué nuevas sustancias se están incorporando en a nivel nacional y a nivel europeo para estar alerta y poder controlar y frenar el determinado consumo de estas sustancias si tienen un impacto negativo o no conocido en la salud. Esa es la razón por la que la Agencia Europea frente a las Drogas, que ha publicado su informe recientemente la semana pasada en relación con el consumo de drogas y las nuevas sustancias psicoactivas, pues pueden ver cómo a lo largo de los últimos veinte años el perfil de las nuevas sustancias psicoactivas que se están identificando son distintas. Y si nos basamos en los últimos tres años, en color verde mayoritariamente, pueden observar cómo los derivados cannabinoides son las nuevas sustancias psicoactivas con más frecuencia identificadas y comunicadas al Sistema de Alerta Temprana, tanto a nivel de España como a nivel europeo. Los derivados cannabinoides, que aparecen en un verde pistacho, y las catinonas, que son un estimulante nuevo, están apareciendo nuevos derivados y se están incorporando cada vez más en nuestra sociedad.

Y, desde luego, la Comunidad de Madrid dentro del plan que tenemos contra las drogas, hemos organizado nuestro Sistema De Alerta Temprana también para detectar estas nuevas sustancias psicoactivas; se comunica al sistema español de nuevas sustancias psicoactivas del país. Y pueden ver cómo realmente en las muestras que se están analizando, a partir de casos que son atendidos en las urgencias hospitalarias de la Comunidad de Madrid, cuando se sospecha que ha habido un consumo o un abuso de una sustancia diferente a lo habitualmente detectado en el hospital, esto se comunica al Sistema de Alerta Temprana, se analiza en un laboratorio de toxicología en el Instituto de Medicina Legal, y pueden ver cómo el 50 por ciento de las muestras que estamos analizando a lo largo de este año 2025 dan como resultado positivo a nuevas sustancias psicoactivas, fundamentalmente cannabinoides, cannabinoides sintéticos y semisintéticos, en menor proporción opiáceos. ¿Y por qué es importante estos Sistemas de Alerta Temprana de nuevas sustancias psicoactivas? Pues porque es lo que nos permiten estar en alerta y detectar nuevos riesgos potenciales para la salud. Todas estas

sustancias que detectamos son notificadas al nivel europeo, y allí, en una comisión que se reúne anualmente, analizan el impacto que pueden tener en la salud estas sustancias; de manera que así es cómo logramos que, con carácter anual -tal y como pueden ver en la publicación del mes de abril de la actualización de sustancias psicotrópicas-, se actualizan y ya se incorporan, entre estos nuevos psicótopos como sustancias fiscalizadas, nuevas sustancias psicoactivas que han sido identificadas también en España, tanto en la Comunidad de Madrid como en Barcelona, que son derivados cannabinoides, como el HHC. Esto es muy útil para poder, efectivamente, fiscalizar este tipo de sustancias y tratar de inspeccionar y controlar su fabricación, su consumo y, por tanto, facilita la labor de la Inspección de Salud Pública o de las autoridades, de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para poder retirar este tipo de sustancias y evitar así el tráfico ilícito.

Pero no solamente trabajamos con encuestas poblacionales en estudiantes y en adultos y con sistemas de detección de nuevas sustancias, sino que también monitorizamos cuál es la razón por la que las personas que consumen drogas acuden a los centros de tratamiento en la Comunidad de Madrid. Tenemos veinticuatro centros de tratamiento que dependen de la Comunidad de Madrid y otros diez del Ayuntamiento de Madrid. Recopilamos y monitorizamos toda la información y se actualiza año a año.

Y quería llamarles la atención de cómo en los menores de 20 años la sustancia que motiva el inicio del tratamiento en los jóvenes fundamentalmente es por consumo, en un 86 por ciento, de cannabis. Que cuando lo analizamos para menores de edad, para menores de 18 años, este consumo, el inicio del tratamiento aumenta ya el 95 por ciento, no al 86; el 95 por ciento de los menores de edad que acuden a los centros de tratamiento lo hacen por consumo de cannabis.

Pueden ver cómo las sustancias que motivan el tratamiento varían a lo largo de las edades. En las edades medias, fundamentalmente, la razón por la que se motiva un tratamiento en nuestros centros es el consumo de sustancias estimulantes -más en color como anaranjado-, tipo cocaína; mientras que a partir de los 55 años el perfil cambia, son los opiáceos y el alcohol las razones por las que habitualmente se solicita tratamiento en nuestros centros de tratamiento.

Desde la misma manera, monitorizamos qué es lo que está sucediendo a nivel de las urgencias hospitalarias cuando las personas necesitan ser atendidas por reacciones y por consumo de sustancias psicoactivas. Y pueden ver cómo, en este caso, es cierto que hay una disminución, parece una disminución, se apunta a una disminución -en verde- la demanda de atención a nivel de las urgencias hospitalarias por consumo directo de cannabis, pero ¡ojo!, que estos consumos se producen fundamentalmente en jóvenes entre 14 y 24 años; mientras que se muestra un incremento claramente de la demanda de atención por hipnosedantes que suelen ser mujeres mayoritariamente de edad media; mientras que el consumo de sustancias estimulantes se mantiene razonablemente estable, que es más por varones. Y también, por supuesto, monitorizamos si hay mortalidad por reacción aguda ante el consumo de sustancias.

Pueden ver cómo en los últimos años detectamos -en barras azules- número absoluto de muertes; cómo ahí se detecta un incremento del número absoluto de fallecidos por reacciones agudas a sustancias psicoactivas. Pero normalmente esta no es por el consumo de una única sustancia, sino por tres o más sustancias; 3,4, que eso es bastante estable a nivel de la Comunidad de Madrid. Perfil del fallecido: hombre, 50 años, fallece en su domicilio, policonsumo. Normalmente se están detectando mayores consumos en nuestra comunidad autónoma y exactamente el mismo perfil se mantiene a nivel nacional de hipnosedantes, antidepresivos, pero el consumo de cannabis en la Comunidad de Madrid y la participación del cannabis en la mortalidad por reacción aguda en la Comunidad de Madrid es superior en 5 puntos a la que existe a nivel estatal.

Y voy a ir terminando ya presentándole otros de los aspectos. Año a año, vamos tratando de profundizar en lo que la población entiende como medidas más importantes y eficaces a la hora de controlar las adicciones y los consumos, no solamente a nivel de la Comunidad de Madrid, sino a nivel estatal. Y quería destacar cómo mayoritariamente -ven ahí en la primer fila- los adultos de la Comunidad de Madrid, sistemáticamente en las últimas dos décadas, destacan...

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando.

La Sra. **MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): ... la educación sobre las drogas, la prevención en las escuelas como una de las acciones fundamentales, junto con legislación estricta contra las drogas, el acceso al tratamiento para los consumidores, el control policial. Y quería destacar cómo, desde el año 2015, vemos, cuando preguntamos acerca de qué opinan sobre la legalización de hachís, mariguana o drogas, cada vez la tendencia es descendente; consideran que esto es una acción menos importante a la hora de controlar.

De manera que estas son las bases que nosotros utilizamos en Salud Pública para poder reforzar todos nuestros programas de actuación, fundamentalmente con programas de prevención dentro de lo que queremos abarcar o queremos implantar como un estilo de vida saludable, que pasa por el refuerzo de los factores de protección, no solamente en el aula con los estudiantes, sino con los profesores y con las familias, facilitando ese apoyo de la familia en redes y capacitando para la resolución de problemas, control emocional, actitud crítica frente a las redes y resistencia a la presión por pares. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Seguidamente abrimos el turno de los representantes de los grupos parlamentarios. La primera intervención corresponde al Grupo Parlamentario Popular, señor Núñez Huesca.

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Buenos días, presidente. Buenos días, directora general, y gracias por acudir a la citación de la Asamblea de Madrid para comparecer en esta comisión.

Yo tengo varias preguntas al respecto de su intervención y la primera de ellas tiene que ver con los cannabinoides. Esta comisión se presenta a sí misma como comisión de estudio porque el legislador asume que le falta información o que no tiene la suficiente información como para legislar.

De manera que entiendo que estamos aquí todos para aprender de los diferentes expertos que van compareciendo llamados por cada uno de los cuatro grupos, y habrá algunas cosas que quizá a los expertos les parezcan muy obvias, pero a los que no lo somos nos resultaría interesante conocer asuntos como, por ejemplo, cannabinoides. Aquí, creo que todo el mundo sabe lo que es el cannabis, pero no todo el mundo probablemente sepa qué son los cannabinoides, y menos aún los cannabinoides sintéticos y -me ha parecido escucharle- parasintéticos. (*Rumores.*) Semisintéticos. ¿Qué son? ¿Es un cigarro de marihuana o ya no son cigarros de marihuana? ¿Es otra fórmula? ¿Cuál es el consumo? ¿También a través de un cigarro?

Las catinonas, me ha parecido escucharle. Entiendo que la inmensa mayoría de los diputados que aquí estamos no sabemos lo que es y usted lo ha nombrado y lo ha subrayado. Entiendo que sería interesante que abundara un poco más en esto, porque además dice usted que se incorporan cada vez más al consumo.

Me ha parecido interesante, a la par que dramático, el dato según el cual los menores de 20 años que acuden a los centros de desintoxicación lo hacen, en un 84 por ciento de las veces, por consumo de cannabis. Cuando esos menores de 20 años son, no menores de 20, sino menores de edad, son el 96 por ciento de los casos. Me parece un dato brutal que me gustaría que abundara, porque hay una tesis que circula según la cual el cannabis sería la puerta de entrada a otro tipo de drogas; de hecho, usted mostraba una gráfica según la cual las drogas hegemónicas en las edades más avanzadas dejan de ser cannabis y son hipnosedantes o cocaína principalmente. Es decir, ¿puede haber una transición de una droga a otra? ¿Podría ser el cannabis el principio o la puerta de entrada a un mundo de drogas y el consumidor de cannabis abandonarla? ¿O el consumidor de cannabis nunca abandona el cannabis y lo va complementando, va añadiendo a la colección de drogas otras nuevas? Es decir, ¿tenemos estudios sobre esto? ¿Se puede saber algo de esto? Porque usted sí hablaba de que las muertes por consumo de drogas se están incrementando en la Comunidad de Madrid. Pero de nuevo, yo, en tanto que lego, entiendo que el cannabis, siendo una droga devastadora, sospecho que un consumo excesivo de cannabis no mata a una persona. ¿Esto es así? Entiendo que la cocaína sí puede hacerlo o incluso hablaba usted de antidepresivos o sedantes. Pero un consumo excesivo, salvaje de cocaína no mata a una persona. Sin embargo, dice que en la Comunidad de Madrid, al menos, las 3,4 sustancias que se mezclan cada vez que hay un fallecido por una muerte por drogadicción, ¿en qué porcentaje estaba el cannabis incluido?

Y, por último, refuerzo de factores de protección. ¿Qué son los factores de protección y cómo desde esta Asamblea podríamos promoverlos, consolidarlos, aportar nuevos factores? ¿Qué papel tiene la familia? Ha habido psiquiatras que han pasado por esta Asamblea que abundaban en el papel socializador del colegio, de los amigos, de las amistades, pero sobre todo de la familia. ¿Es importante la familia como factor de protección? Y, sobre todo, ¿qué papel puede tener la Comunidad de Madrid a la hora de promover o estimular esos factores de protección frente a la drogadicción? De nuevo gracias, directora, por venir. Muy amable.

El Sr. **PRESIDENTE**: Continuamos. Muchas gracias, señor Núñez Huesca. Continuamos las intervenciones de los restantes grupos parlamentarios, de menor a menor. Grupo Parlamentario, Vox, señor Arias, adelante.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Buenos días, presidente. Buenos días a todos y buenos días, doña Elena, en esta su casa, que ya ha venido muchas veces.

Voy a empezar por una parte y, luego, a raíz de su intervención me voy a ir a otra que no la tenía preparada, pero bueno, quiero hablar con usted de ello por su experiencia en salud pública, y, por lo tanto, creo que puede tener relevancia para el contenido de esta comisión.

Lo que está claro es que actualmente vivimos la cultura de la droga y que tiene una aceptación social y es una forma relacionarnos. Es decir, quién no bebe alcohol, quién no fuma droga, quién no ingiere sustancias, porque el que no lo hace muchas veces la propia sociedad, los propios círculos, le excluyen, excluyen a los niños en el colegio, los excluyen a los jóvenes en su círculo de amigos y se excluye a la gente, en los adultos, en su forma de relacionarse.

El consumo cada vez es más permisivo y esto hace creer a todo el mundo que, bueno, que no pasa nada, que por consumir drogas no pasa nada, y sí pasa. Hay drogas que su consumo mata y hay drogas que su consumo no mata de forma directamente, y ahí le puedo hacer una, si me permite el señor Núñez, una apostilla. El cannabis en sí mismo no mata, pero los efectos que produce el cannabis sí pueden generar violencia y de esa violencia sí puede haber resultado de fallecimientos, accidentes de circulación con resultado de muerte; en ese sentido es importante. Y luego hablaremos de otras drogas que sí pueden llegar a matar de forma directa solamente su exceso de consumo o su mezcla de consumo con otras sustancias, que era un poco a lo que usted me ha abierto, doña Elena, la puerta, y voy a entrar ahí.

Es importante que no nos olvidemos de los inputs dentro del hábito del consumo de las drogas. El primero es la propia sociedad, que ya lo he dicho antes, luego los distintos tipos de drogas, que es importante, no nos podemos olvidar y centrar solo en una, los efectos y la motivación que lleva a la drogadicción. Usted ha expuesto un poco durante su proyección de los datos las consecuencias de la drogadicción. Usted es profesional en Salud Pública y, por lo tanto, conoce los efectos que lleva sobre la sanidad el consumo de las drogas. No nos podemos olvidar que es mejor prevenir que luego intervenir, porque el problema luego de la reinserción... Además, si nos vamos al Plan de Drogas de la Comunidad de Madrid, uno de los ejes es la reinserción, precisamente el más complicado una vez que entra uno en el mundo de las drogas. Y es importante y creo que es importante en esta comisión que sepamos los diferentes tipos de drogas, sobre todo de la forma enunciada. Luego, ya usted sabe que el gran problema no es la droga en sí mismo, sino el principio activo, que es el que realmente tiene los efectos sobre las personas que consumen. Hay narcóticos, hay neurolépticos, hay ansiolíticos, hay somníferos, hay opios y sus derivados, hay alucinógenos, el LSD, el éxtasis, la metanfetamina, el MDMA, el cannabis, los estimulantes, la cocaína y el alcohol. No nos podemos o por lo menos nos negamos a aceptar que la drogadicción al final se convierte en una enfermedad y, por lo tanto, tiene tanto un coste

sanitario como un coste social. Creo que lo anunciado usted sobre las familias. El coste social sobre las familias y el círculo de confianza de las personas que entran en el mundo de las drogas es fundamental.

Quizá hoy hay una ventaja sobre los años ochenta, y permítame que, por mi edad, juegue con los años ochenta y lo que se está viviendo hoy en día. En los años ochenta posiblemente había menos conocimiento de la etiología del fármaco y, por lo tanto, de sus consecuencias, hoy en día estamos más preparados. Y usted ha dicho que hay test que no detectan muchas veces todo el tipo de droga.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Me gustaría saber si se está dentro de la Comunidad de Madrid estudiando la ampliación de los test para que esa detección no sea en los hospitales, sino sea en los propios controles. Muchas gracias, señora Elena.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arias. Por el Grupo Parlamentario Socialista, señora Bonmati; adelante.

La Sra. **BONMATI GARCÍA**: Gracias, presidente. Buenos días, señora Andradas. Gracias por venir también a esta comisión. Usted ha hablado de cannabis que podríamos decir que es el gran protagonista del Plan Regional contra las Drogas que han lanzado recientemente. En este sentido, me gustaría trasladarle algunos vacíos que, desde el Grupo Parlamentario Socialista, nos llama la atención y que esperamos que nos pueda dar luz al respecto.

Convendrá conmigo que el consumo continuado de tabaco y de alcohol también genera problemas graves de salud, sin embargo, ni el tabaco ni el alcohol aparecen ni una sola vez en el Plan Regional contra las Drogas. Que el Gobierno de Ayuso omita estas sustancias tienen todo el sentido en términos políticos, pero desde un punto de vista de salud pública no solo es incomprensible, sino que entendemos que es irresponsable. Así que, en primer lugar, me gustaría preguntarle como profesional y no como directora general del Gobierno de Ayuso, qué opina a este respecto.

En las encuestas poblacionales podemos observar cómo a lo largo de la serie histórica el consumo de cannabis ha descendido progresivamente y se está incluso estabilizando, cosa que nos alegra y no solo nos parece que sería quedarnos con ese conformismo, queremos que bajen todavía más, pero esta es una tendencia claramente descendiente. Por el contrario, los hipnosedantes, por ejemplo, han sufrido un aumento alarmante multiplicándose casi en dos por su propio indicador. Sabemos que el consumo de cannabis, además, va descendiendo conforme va avanzando la edad del consumidor, frente a, por ejemplo, volvemos a lo mismo, los hipnosedantes que se mantienen en altas tasas durante diferentes franjas de edad adulta. Es por ello por lo que tampoco entendemos el silencio de la Administración a este respecto.

Compartimos la importancia de reforzar las políticas de prevención del consumo de drogas especialmente entre las personas más jóvenes de la región por el especial daño, vulnerabilidad y

consecuencias que tiene sobre ellos el consumo de estas sustancias. Pero esta especificidad creemos que no es incompatible con un mensaje genérico dirigido a la población en su conjunto. Porque, por ejemplo, si atendemos a los datos, las franjas etarias que más asistencias hospitalarias por consumos de tóxicos requieren son las de personas de entre 40 y 45 años y de las de 55 y 59 años.

Asimismo, me gustaría trasladarle dos ausencias más que nos llaman la atención del Plan Regional, esperando pueda darme alguna respuesta. En primer lugar, que, pese a tratarse de un Plan Regional, y por lo tanto entiendo que es un plan estratégico, no hayan incluido medidas encaminadas a la atención asistencial realmente, tanto social como sanitaria -un par de ellas, pero entendemos que no es la batería de iniciativas que entendemos deberían de estar recogidas-, así como la recuperación y a la reinserción.

Es indiscutible que la prevención y la educación son las herramientas más poderosas para generar conciencia, pero no puede servir de excusa para no recoger otros aspectos que son importantes como son los asistenciales. No entraré a desarrollar esta cuestión, ya tenemos ocasiones en otras comisiones, pero la infrafinanciación, el colapso tanto de la acción comunitaria en Atención Primaria como en los centros de salud mental o la demora en las listas de espera, para, precisamente, el ingreso en centros de adicciones, son elementos que creo que deberíamos de poner encima de la mesa.

Por otro lado, corríjame, si no es así. Usted ha dedicado buena parte de su vida profesional al estudio de la epidemiología, por tanto comprende la importancia de analizar y estudiar no solo la distribución y prevalencia de las enfermedades, sino también de las causas y el control de estas. Y esto es precisamente una de las cosas que también echamos de menos, un análisis sobre las causas del consumo. En este sentido, desde el PSOE entendemos que es imprescindible atender a los diversos factores que marcan el consumo de drogas, tal y como había reseñado anteriormente el diputado de Vox. Hay factores intrínsecos a las personas consumidoras, pero también hay factores externos que van desde la presión social, las exigencias laborales, pasando por las desigualdades socioeconómicas, la oferta del ocio, la educación, el acceso a la sanidad, a veces se dan varios de estos factores al mismo tiempo, otras veces no, y, por lo tanto, ahí se añade una complejidad añadida. Está bien conocer el motivo que lleva a estas personas, como usted ha indicado, a pedir ayuda, pero creemos que también es importante saber o aún más importante saber por qué consumen estas personas. Si no atendemos a estas cuestiones, creemos que difícilmente podremos plantear soluciones para que se ajusten a la realidad que debemos enfrentar.

Desde las Administraciones públicas, entendemos que no podemos simplemente adscribir exclusivamente el consumo de drogas a una decisión individual, sino que es una responsabilidad compartida y es una responsabilidad social y colectiva.

También me gustaría introducir, como una última cuestión, los pacientes con patología dual. Según el último informe de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, se identifica que 1 de cada 3 consumidores presentan antecedentes de patología psiquiátrica. Los casos de esquizofrenia y trastorno bipolar han descendido frente al año anterior, pero por el contrario han

aumentado los trastornos de personalidad, ansiedad y depresión. Y no parece casual que este aumento se sitúe en dos patologías que tienen que ver mucho con la presión social que vivimos actualmente. ¿No cree que hay una lectura social detrás del consumo de Diazepam o de Zolpidem? ¿Y lo mismo podríamos decir del auge de los opiáceos? Finalmente, gracias de nuevo por su intervención. Esperamos las respuestas. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Bonmati. Turno del Grupo Parlamentario Más Madrid; señor Moruno, adelante, dispone usted de tiempo de cinco.

El Sr. **MORUNO DANZI**: Muchas gracias, presidente. Buenos días, señora Andradas; muchas gracias por su exposición. Ha hecho usted, primero, una radiografía en lo relativo al cannabis del modelo actual, que es el modelo que rige, que es el modelo prohibicionista, y ha destacado tres elementos con los que estamos de acuerdo, hay una alta accesibilidad, a día de hoy un adolescente tiene más fácil conseguir cannabis que una aspirina. Ha puesto el acento en cuánto se consume y qué se consume, también la dimensión sintética, y también hubo un estudio que hablaba de que gran parte del hachís que hay en Madrid tiene restos de heces, y, por lo tanto, esto también tiene que ver en el sentido de que la salud pública está en manos del mercado negro y el mercado negro es el que decide qué ofrecer a la ciudadanía y en especial a los menores, que no deberían ni siquiera poder acceder. Lo cual, tiene otra consecuencia que usted ha comentado que es el alto tratamiento de menores de 20 años relacionados con el cannabis. Y con esto, me viene a la cabeza la posibilidad de poder estudiar otros modelos. Por ejemplo, en Colorado, que es el lugar del mundo donde más tiempo lleva legalizado, regulado por las instituciones, el cannabis, el consumo entre menores ha descendido en 10 puntos desde que se ha regulado; es decir, que tienen hoy más difícil el acceso a esta sustancia que en comparación con el que hay aquí hoy en día.

Me ha sorprendido en los dos gráficos, algunos gráficos que usted ha puesto, el primero, el relativo al consumo, porque el eje no era legal o ilegal. Usted ha puesto hipnosedantes con y sin receta, pero no ha puesto el consumo de alcohol; no sé si se debe a algún criterio que a mí se me ha escapado. Porque entiendo que cuando usted era directora general en el Ministerio de Sanidad, el alcohol y el tabaco eran consideradas como drogas, entiendo que aquí también.

Y ha habido otro gráfico que usted ha puesto, el de la evolución de urgencias hospitalarias, pero no ha detallado a que se den mayoritariamente. Y yo he leído por ahí que se han multiplicado y disparado los ingresos hospitalarios principalmente debidos por el alcohol; creo que en un 60 por ciento de los ingresos hospitalarios tienen que ver con el alcohol. No sé si me lo puede detallar, y si esto además se puede enlazar con la pregunta que le hacía el representante del Partido Popular sobre la droga de la puerta de entrada, que yo tengo entendido que está verificado que la principal droga de puerta de entrada es el alcohol.

Para ir terminando. Mira, fíjese, Immanuel Kant hacía una distinción entre el uso público de la razón y el uso privado de la razón. Ponía el ejemplo de un cura que decía: usted puede pensar lo que quiera de la iglesia y lo puede expresar libremente en el espacio adecuado, pero cuando tiene que dar

una homilía, usted tiene que hablar de la línea de la iglesia. Cuando a usted le toca ejercer su función y su rol civil, usted tiene que hacer -digamos- lo que tiene que hacer al margen de su opinión. Yo esto se lo traslado, por ejemplo, a la presidenta de la Comunidad de Madrid. A mí, en tanto que persona, Isabel Díaz Ayuso, me parece muy bien la opinión que tenga, las drogas que consuma o lo que le parezca una droga en concreto. Yo no tengo ningún problema moral entre lo que cada uno quiera consumir o no consumir o expresar libremente en los ámbitos adecuados. El problema aparece cuando lo hace ejerciendo la función y el cargo civil, en tanto que presidenta de la Comunidad de Madrid, cuando hace publicidad, apología e induce al consumo de las drogas, concretamente al consumo del alcohol, como todos bien sabemos. Entonces, mi última pregunta es, más allá e independientemente de la afinidad ideológica que usted pueda tener, que es libre y, por supuesto, legítima, como responsable de la Salud Pública del conjunto de los madrileños, ¿qué le parece que alguien que ejerce el cargo de la presidencia de la Comunidad de Madrid frivolicé e induzca al consumo de alcohol? ¿No contraviene esto a la guía de la Comunidad de Madrid sobre los riesgos del consumo de alcohol? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Moruno. Para el cierre de la iniciativa y por tiempo máximo de diez minutos, señora Elena Andradas, su turno.

La Sra. **MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Bueno, pues vamos a ver si soy capaz de contestar a todo lo que, resumiendo, me han planteado.

Efectivamente, el mundo de las sustancias que van circulando a nivel nacional y a nivel internacional varía muchísimo estratégicamente. De manera que lo que estamos detectando en los últimos años, como bien he comentado y me han planteado, son nuevas sustancias, fundamentalmente son derivados sintéticos y semisintéticos del cannabis, fundamentalmente, son lo que denominamos derivados cannabinoídes. Actualmente conocemos más de cien sustancias distintas que son consideradas derivadas cannabinoídes. El más frecuente y el más conocido por todos ustedes, seguro, por todos nosotros, es el THC, que es el que tiene un mayor componente psicoactivo y, por tanto, es el que se controla mayoritariamente. Pero hay otros muchos y entre ellos GHC o el HHC, que es el que últimamente estamos detectando cada vez más no solo en la Comunidad de Madrid, sino a nivel de la Unión Europea; está provocando reacciones tóxicas y demanda de atención en las urgencias hospitalarias. Nosotros hemos empezado a detectarlo en el año 2024. Y desde luego, estos derivados cannabinoídes no se consumen fumados o inhalados, sino que se consumen normalmente a modo de gominolas, galletitas, cookies, pero también cada vez más en vapeadores. El HHC es, igual que el CBD, una de las sustancias de los derivados cannabinoídes que más estamos detectando ahora mismo en los vappers, en los vapeadores, que son detectados y que son identificados en los establecimientos donde la Inspección de Salud Pública actúa, y que, por tanto, ahora ya ha pasado de ser una sustancia ilegal, como era sustancias ilegales en el año 2024, a sustancias fiscalizadas, y, por tanto, sobre las que tenemos una capacidad directa para poder actuar no solamente desde la Inspección de Salud Pública, sino también con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Las catinonas son estimulantes que lo que producen, además, son incluso reacciones muchísimo más potentes que la metanfetamina, y cada vez se utiliza más a modo de pastillas, y esto lo

estamos viendo fundamentalmente en los jóvenes. De manera que esa es una de las razones por las que hacemos esta monitorización y vigilancia. Somos muy conscientes de que lo más consumido ahora mismo como sustancia ilegal en la Comunidad de Madrid y en España entre los jóvenes es el cannabis. Pero cada vez más estos derivados cannabinoides por otras vías, que, supuestamente, pueden ser incluso alimentos, que no son alimentos autorizados por las agencias reguladoras, por ejemplo de seguridad alimentaria o por la agencia, o incluso otras agencias a nivel europeo, son cada vez más consumidos por nuestros jóvenes. Y desde luego, sí, todo apunta a que son la puerta de entrada para el consumo de nuevas sustancias cada vez más potentes y más fuertes. De manera que a medida que va aumentando la edad, vemos como es más fácil encontrar no solamente el consumo de cannabis, sino policonsumos, donde ya se suman otra serie de sustancias que facilitan ese componente más de hiperactividad o de euforia para las personas.

Me preguntaba sobre el papel que tiene el cannabis, en la Comunidad de Madrid, en la mortalidad. Pues, la realidad es que es, dentro del policonsumo, en el 27 por ciento de los casos que fallecen por reacción aguda por policonsumo en la Comunidad de Madrid, el cannabis aparece en un 27 por ciento de los casos, mientras que los antidepresivos están en torno a un treinta y tantos por ciento. A nivel nacional, sin embargo, el cannabis aparece en nivel inferior, en un, aproximadamente, 20 por ciento, junto con los hipnosedantes, que mayoritariamente es otra de las drogas que más se encuentra a nivel del país.

Claro, en un programa o en un plan como hemos diseñado y estamos implementando en la Comunidad de Madrid contra las drogas, la realidad es que entiendo que este es uno de los programas más importantes y que ha dado un paso, desde mi punto de vista, desde la perspectiva de Salud Pública importante a la hora de integrar las diferentes políticas y las diferentes perspectivas, sentando en torno a una mesa a todas las consejerías del Gobierno regional. Y esa es la perspectiva desde Salud Pública, trabajar siempre desde un punto de vista intersectorial. Cuando hacemos un abordaje de un problema intentamos implicar, y en este caso se implican, a cada uno de los sectores para complementar las políticas que puedan frenar el consumo de determinadas sustancias ilegales que ahora mismo se están detectando en la Comunidad de Madrid. Y aquí nos sentamos con Educación, con Servicios Sociales, con Medio Ambiente, con Justicia, con Interior. Todas realmente estamos participando en esta implementación de 75 medidas, la mayoría, la mayoría medidas de prevención, 48 de las medidas que estamos implementando de prevención. ¿Por qué? Porque sabemos que este es uno de los elementos fundamentales de los pilares básicos para frenar el consumo de la droga, conseguir el consumo de sustancias y de las adicciones, conseguir informar, concienciar y capacitar no solamente a nivel de las aulas, sino también el trabajo con las familias, como preguntaba el portavoz de Vox, con las familias en cuanto a la importancia que tiene la familia de apoyo, de detección y de cómo poder capacitar y apoyar en la autoestima, en esa asertividad, en ese control de emociones y en esa resistencia a la presión de pares, que entre los jóvenes es algo que marca muchas veces, esa presión, el inicio al consumo de las sustancias, y siempre evaluando el impacto que tienen las medidas de prevención. Todavía no llevamos ni un año de implementación de nuestro programa, pero anualmente incidiremos y explicaremos los resultados que vamos teniendo año a año.

Y, desde luego, no solamente para nosotros es importante las medidas de prevención, sino seguir actuando también en el acceso a los tratamientos. Hay más de nueve medidas directamente dirigidas a potenciar el acceso al tratamiento, las unidades, hospitalizaciones de día, atención domiciliaria, y trabajamos muy directamente con aquellas familias de lugares que nos llegan constantemente de zonas un poco más vulnerables, podríamos decir, que nos llegan a los diferentes puntos de las consejerías, concretamente a la Dirección General de Salud Pública, tratando de reforzar en esos lugares, barrios como San Cristóbal o ahora mismo con San Blas, unidades más específicas de atención, apoyando no solamente a estos jóvenes entre 14 y 24 años, sino también a las familias con apoyo psicosocial, facilitándoles esa posibilidad y orientación incluso al empleo y haciendo programas específicos de educación absolutamente personalizado para estos jóvenes, para estos chicos que tienen problemas. Y cuando detectamos, nos interesa no solamente monitorizar, como ya se ha comentado anteriormente, cuál es la razón de la sustancia por la que se solicita una atención a nivel de las urgencias, sino detectar qué es lo que está pasando, qué es lo que está circulando con potenciales nuevas sustancias, porque la sintomatología que tiene esa persona cuando acude a las urgencias hospitalarias no corresponde a un consumo habitual de otras sustancias conocidas que pueden ser detectadas y analizadas en los laboratorios de los hospitales. Y esa es la razón por la que tenemos una coordinación en el marco de este plan con el Instituto de Medicina Legal, con la Consejería de Justicia. De manera que siempre que los profesionales sanitarios en las urgencias hospitalarias detectan que puede haber algo diferente a lo esperado atendido en nuestros hospitales, automáticamente se derivan esas muestras al Instituto de Medicina Legal, y en diez días, aproximadamente, tenemos los resultados con nuevas pruebas diagnósticas que se van actualizando a medida que va evolucionando la evidencia y el conocimiento y la detección de estas nuevas sustancias.

Comentaban sobre el impacto de los determinantes y de las causas en la aparición del consumo de sustancias ahora mismo en la Comunidad de Madrid. Por supuesto que monitorizamos también esos perfiles.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando su intervención.

La Sra. **MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA** (Andradas Aragonés): Y quiero recordarles que de las personas que acceden a los centros de tratamiento, mayoritariamente más de un 60 por ciento son personas que tienen estudios secundarios y en un 10 por ciento son estudios superiores, estudios universitarios. Y la mayor parte de estas personas realmente tienen también un trabajo estable. De manera que lo que consideraríamos como población más vulnerable queda en una proporción significativamente menor en cuanto a las necesidades y a la demanda de atención por el consumo de estas sustancias. Finalizo ya, entonces, si se ha acabado el tiempo. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Bien. Finalizada las intervenciones, agradecemos a la señora Andradas Aragonés su presencia en la sesión y pasamos al punto número dos del orden del día.

C-743/2025 RGE.9451. Comparecencia del Sr. D. Javier Padilla Bernáldez, Licenciado en Medicina especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Secretario de Estado de Sanidad, a petición del Grupo Parlamentario Más Madrid, con el siguiente objeto: informar sobre sus recomendaciones al respecto del asunto de estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Damos la bienvenida a don Javier Padilla, adelante, a quien agradecemos su asistencia. Bien, dispone usted de un turno inicial de quince minutos. Gracias.

El Sr. **LICENCIADO EN MEDICINA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): Perfecto. Muchísimas gracias. Muchas gracias por la invitación. Desde luego, para mí es un placer y un honor estar en esta que ha sido mi casa, así que nada, muchísimas gracias. Creo que la primera pregunta es por qué es razonable o adecuado que venga un secretario de Estado de Sanidad a comparecer en esta comisión. Yo creo que a nadie se le escapa que todos los datos que están poniendo todos los comparecientes en esta ronda de comisiones, son datos que vienen del Plan Nacional sobre Drogas. El Plan Nacional sobre Drogas cae dentro de mi secretaría, dentro de la Secretaría de Estado de Sanidad, que es donde se alberga el Observatorio Español de Drogas y Adicciones, que creo que, desde hace muchos años, es el que genera todos los datos y que tiene toda autoridad a este respecto.

Yo sí voy a decir que en mi intervención no voy a dar una imagen parcial de lo que es el consumo de drogas, sí voy a incluir el alcohol y el tabaco. Creo que hay un consenso a nivel de OMS, a nivel de la UNODC, y todo generalizado, de que alcohol y tabaco son drogas y que tienen que ser incorporados también dentro de las políticas y dentro de los estudios.

A este aspecto me voy a referir principalmente, en esta primera intervención, a dos estudios. Por un lado, el Estudio Edades y, por otro lado, el Estudio Estudes. El Estudio Edades abarca población entre 15 y 64 años, y básicamente señala las tres drogas más consumidas en nuestro país: tabaco, alcohol y cannabis. En el caso del tabaco, además, provocando en torno a 50.000-60000 muertes anuales y siendo casi una cuarta parte de ellas en menores de 65 años; lo cual supone un número de años de vida perdidos muy notable, pero habiendo tenido una reducción de 8 puntos porcentuales en los últimos dos años, habiendo aumentado de forma contraria en 13 puntos porcentuales el cigarrillo electrónico; las nuevas formas del tabaco, que son uno de los elementos que ahora mismo más nos preocupan.

El segundo elemento es el alcohol, que está considerado como la droga más peligrosa a nivel global. Es el responsable de en torno a unas 15.000 muertes anuales en nuestro país, es el cuarto factor de riesgo que más años de vida perdidos saludables provoca. Hay una estabilidad generalizada en las cifras, si uno mira hacia atrás además, con el Plan Nacional sobre Drogas cumple cuarenta años este año, tenemos datos para tener una serie histórica muy notable, y veo una estabilidad en las cifras bastante notable; una reducción de 5 puntos porcentuales, por ejemplo, en las borracheras entre 15 y 34 años; una reducción en el porcentaje de población que piensa que hay algún tipo de cantidad de

alcohol que es saludable, y además más de un 50 por ciento de la ciudadanía que apoya la toma de más medidas políticas para el control del alcohol.

Y luego, la tercera sustancia, que no me voy a extender tanto porque la comparación anterior se ha extendido notablemente y en las comisiones anteriores que he estado viendo también en muchas ocasiones parecía casi un monográfico, sería el cannabis, que es la tercera droga en consumo a lo largo de la vida; un 43 por ciento, frente a un 93 y un 67 por ciento que suponen el alcohol y el tabaco. Además, si nos miramos las cifras, en cuanto a consumo en los últimos treinta días y consumo diario, comparando 2024 y 2022, nos encontramos con que consumo en los últimos treinta días el tabaco se ha reducido en tres puntos, el alcohol se ha reducido en un punto, siendo las cifras estables en las últimas dos décadas, y el cannabis ha aumentado 2 puntos. En cuanto al consumo diario, el tabaco se ha reducido casi 8 puntos en tan solo dos años, el alcohol ha aumentado 1,5 puntos y el cannabis se ha reducido ligeramente 3 décimas. Esto en lo que se refiere a población adulta. Creo que con los datos que tenemos, y además si miramos un poco la línea y la tendencia un poco más larga, podemos decir que estamos lejos de vivir en una especie de apocalipsis yonqui, y, sobre todo, muy lejos de remedar décadas anteriores, que creo que es un poco, incluso, una falta de respeto por quienes tuvieron que pasar aquello, ya sea como usuarios, como profesionales o como familiares a ese respecto.

El segundo estudio que para nosotros es la otra joya de la corona es el estudio Estudes, que es el que coge población adolescente entre 14 y 18 años. En Estudes del año 2023 había unas drogas que aumentaban el consumo y había otras que disminuían. Las que aumentaban era alcohol y anfetaminas, las que disminuían eran tabaco y cannabis. La edad de inicio del alcohol, la edad de inicio de consumo de drogas, sabemos que alcohol es la más precoz, 13,9 años, además similar en hombres y mujeres, tabaco 14,1 y cannabis 14,9. Sí llama la atención que la edad de inicio de otra droga, que es la cuarta en discordia que tenemos como más precoz que la del cannabis, son los hipnosedantes sin receta, hipnosedantes sin receta con la edad de inicio de 14,4 años.

En el caso del tabaco, vemos que hay una tendencia descendente, que se acompaña con un incremento muy notable de cigarrillo electrónico. Y en el caso del consumo de alcohol, es llamativo el dato de que el 56,6 por ciento de los adolescentes, entre 14 y 18 años, han consumido alcohol en los últimos treinta días, el 73,5 en el último año; es decir, la mitad de los adolescentes en los últimos treinta días ha bebido alcohol; 3 de cada 4 adolescentes ha consumido alcohol en el último año.

Quería enseñarles una gráfica -esta de aquí-. Si yo les preguntara a cualquiera de ustedes sobre esta gráfica de los últimos treinta años a qué droga se refiere, ¿qué me dirían? Estamos hablando de una droga que en el consumo de los últimos doce meses tuvo un pico, en el año 2004, de casi un 40 por ciento en los hombres, y ha conseguido reducirse a casi la mitad. Si a cualquier persona le preguntamos qué se ha reducido a casi la mitad su consumo en los últimos doce meses en nuestro país nadie diría el cannabis, seguramente por el relato que hay casi instalado socialmente; sin embargo, es el cannabis. Estos son los datos del Estudio Estudes en población joven. Es decir, hay una bajada notable y sostenida de consumidores en los últimos doce meses en el conjunto de nuestro país y que además

va acompañada tanto en hombres como en mujeres; cosa que no ocurre con otras sustancias, como puede ser el tabaco, en el que la incorporación de las mujeres ha sido diferente.

Luego, además, hay otro factor positivo en la encuesta del Estudes, y es que nos dice que ha habido un aumento de la percepción del riesgo; es decir, los jóvenes, los adolescentes sí tienen una percepción del riesgo muy notable. El cien por cien dice que la heroína o la cocaína en polvo o el éxtasis te puede causar muchos o bastantes problemas, pero es que, de hecho, ya tenemos más de un 60 por ciento de los jóvenes que dicen que tomar cinco o seis cañas o copas en el fin de semana, o tomar una o dos cañas a diario sí supone un riesgo, puede suponer un riesgo o un riesgo importante para la salud.

Entonces, la conclusión que tenemos de estos dos estudios es que tenemos consumo razonablemente estables, en términos generales, si miramos especialmente la foto larga, y luego, además, que estamos lejos de esa idea de que cuando analizamos la población joven está habiendo una explosión del consumo de drogas y además de la presencia de adicciones en esa población joven, que creo que en muchas ocasiones, además, también va aparejado de unos discursos un poco estigmatizantes hacia la población joven.

Sobre Madrid tenía preparados varios datos, pero bueno, la señora Andradas ha dado mucho de ellos, yo lo complementaré con las dos drogas más consumidas en nuestro país y en la Comunidad de Madrid, que son el alcohol y el tabaco. En el caso de alcohol estamos en términos generales 3 puntos por debajo de la media nacional, salvo por una excepción que es un dato bastante preocupante de lo que ha ocurrido en los últimos cuatro años. En los últimos cuatro años se ha duplicado el porcentaje de población entre 15 y 64 años que consume alcohol diariamente; en cuatro años hemos pasado del 8,1 por ciento al 15,6 por ciento; 1 de cada 7 personas en la Comunidad de Madrid consume alcohol todos los días; este dato es un 50 por ciento superior al del conjunto del Estado español. Es decir, hace cuatro años estábamos por debajo de la media de España en consumo diario de bebidas alcohólicas, ahora estamos un 50 por ciento por encima de la media de España en consumo diario de bebidas alcohólicas. Como saben ustedes el consumo diario de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo para tener un consumo muy problemático y unos efectos notables sobre la salud.

En lo que se refiere al cannabis, estamos por debajo de la media de España en todos los datos de consumo entre 15 y 64 años, y estamos en la media de España en los datos de consumo en la población entre 14 y 18 años. Ha habido además reducciones muy importantes tanto en España como en la Comunidad de Madrid, de forma bastante acompañada, en la población adolescente, la población entre 14 y 18 años, tanto en el consumo en el último mes como en el consumo en el último año.

Y la otra droga de la que quería hablar era la de los hipnosedantes. Los datos de la última encuesta Estudes lo que nos muestra es que 1 de cada 10 adolescentes en la Comunidad de Madrid y 1 de cada 7 en las mujeres ha consumido alguna vez hipnosedante sin recetas; 1 de cada 10 adolescentes ha consumido alguna vez hipnosedantes sin receta y 1 de cada 25 en el último mes. Todas las cifras que tenemos de hipnosedantes son superiores a las del conjunto de España, además ha habido un aumento en adolescentes y en adultos en todos los indicadores de esta categoría. Y, además, si

miramos no solamente hipnosedantes sin receta, sino que miramos también hipnosedantes con y sin receta, también estamos por encima de la media de España.

Entonces, por intentar contextualizar a Madrid en el conjunto de España, podríamos decir que tenemos una especie de ley de cuidados inversos en la Comunidad de Madrid en tanto en cuanto en las políticas de drogas, de forma que se presta más atención a las drogas en las que parece que tenemos, comparativamente con el conjunto de España, unos mejores indicadores, como puede ser cannabis, sin embargo, se presta menos atención a alguna de las drogas en los que comparativamente tenemos unos peores indicadores, como puede ser, por ejemplo, alcohol, pero muy especialmente hipnosedantes.

Decir que el mérito de la bajada de consumo de cannabis en la Comunidad de Madrid no parece poder atribuirse a políticas concretas de la Comunidad de Madrid porque ha ocurrido de forma totalmente paralela en el conjunto del Estado español; o sea, no es una singularidad madrileña, sino que esa bajada ha ido totalmente acompañada si miramos la línea histórica comparada. Y que, si tuviéramos que hacer una caracterización de cuáles son las cosas singulares, no la más frecuentes, sino las más singulares de la Comunidad de Madrid, comparado con el resto del Estado español, podríamos decir que el modelo de consumo de drogas en la Comunidad de Madrid singularizado sería el del alcohol diario y el de Lorazepam sin receta.

Entonces, ahora nos cabe la pregunta de por qué consideramos que una droga supone un problema de salud pública y por qué priorizamos una droga frente a otra. Y para esto yo creo que lo principal es corresponder qué es un problema de salud pública. Un problema de salud pública no solamente es una cosa que le ocurre a mucha gente, un problema de salud pública básicamente lo que supone es un problema en el cual necesitamos hundirnos en sus determinantes, especialmente en sus determinantes sociales y comerciales, para poder generar las respuestas que nos haga resolverlo. Pero, además, el hecho de que sea un abordaje de salud pública el que queremos llevar a cabo, nos hace pensar también que tenemos que tener especial atención a las poblaciones más vulnerables. Desde un punto de vista de salud pública, a mí no me parece igual de conflictivo el hecho de que pueda tener acceso al consumo de una droga, de forma más o menos esporádica, una persona de 40 años que lo pueda tener una persona de 14 años. Yo tengo una hija de 7 años, a mí pensar que la mitad de sus compañeros cuando vaya al instituto van a haber consumido alcohol en algún momento de su vida, me parece un dato verdaderamente estremecedor. Y creo que poner foco justamente en el ámbito de las poblaciones más vulnerables es una cosa que tenemos que hacer. Una población muy vulnerable a este respecto para cuidar la infancia, pero también para cuidar la salud de las mujeres embarazadas, han sido todas las políticas que se han hecho para prevenir el consumo del alcohol, llegando a cifras ahora mismo del 99 por ciento de las mujeres embarazadas que dicen no consumir alcohol durante el embarazo; o sea, tenemos muchos ejemplos de éxito de cuando nos centramos en poblaciones vulnerables cuáles son los efectos a este respecto.

¿Y sobre qué drogas consideramos como relevantes? Creo que hay que hacer un comentario sobre los jóvenes. Se ponen muchos focos sobre el consumo de drogas y de otras sustancias tóxicas en los jóvenes, pero se suele poner poco el foco sobre cuáles han sido los determinantes que han generado,

especialmente en la última década, una situación de desprotección y de malestar de forma además bastante diferenciada, y que ha hecho que haya una distribución muy diferenciada de consumos entre hombres y entre mujeres, entre jóvenes, entre chavales y entre chavalas, teniendo el consumo de tóxicos como de las vías de salida. A este respecto, incidir otra vez en la necesidad de una respuesta desde el ámbito de la Salud Pública.

Se hablaba antes, por ejemplo, de lo que tenía que ver con la atención a las familias. Estoy totalmente de acuerdo en que dotar a la familia, dotar a las familias, sea cual sea su tipología, de una mayor capacidad para poder pasar más tiempo con los adolescentes y poder hacer un acompañamiento mucho mayor durante la crianza, con mejores permisos de crianza, con mayores reducciones de jornada, etcétera, es una política que seguramente va a redundar en una mayor capacidad de acompañamiento en el ámbito de las adicciones.

Y, por último, terminar con lo que serían algunas líneas de propuesta de futuro, alguna de las cuales estamos trabajando desde el Ministerio de Sanidad y muy concretamente desde el Plan Nacional sobre Drogas, pero otras que pueden ser interdepartamentales. Por lo que he podido ver en sesiones anteriores de esta comisión, se suele aludir mucho a la formación como la varita mágica que todo lo resuelve; sin embargo, con los datos que nosotros tenemos, esto es un poco contraintuitivo, al menos es contraintuitivo que vaya la gente a tener más formación de la que ya tiene. Según la encuesta de Edades, el 83,6 por ciento de la población entre 15 y 64 años ya considera que consumir cannabis una vez a la semana es dañino. El 63,4 considera que consumirlo una vez al mes es dañino y con el alcohol más del 50 por ciento considera que una caña o dos al día también es dañino para la salud; o sea, esos datos están y además están in crescendo. Según la encuesta Estudes, el 92,7 por ciento de los adolescentes dicen que es perjudicial el consumo de cannabis una vez a la semana o más. Y respecto al alcohol, más del 60 por ciento dicen que una o dos cañas al día o tres o cuatro copas los fines de semana también es un consumo nocivo para la salud.

Por lo tanto, no es que no haya un nivel alto de concienciación, hay un nivel muy notablemente alto de concienciación, probablemente el nivel más alto de concienciación que hayamos tenido en nuestra historia, pero eso no tiene por qué relacionarse de forma directa con la adopción de la capacidad para, además, traducir concienciación en cambio de hábitos.

Nosotros, considerando las cuatro grandes drogas de consumo en nuestro país, alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes, podemos decir que con alcohol estamos ahora mismo inmersos en la tramitación parlamentaria de una ley de prevención y control del alcohol en los menores de edad, un poco en la línea que hemos dicho de proteger a poblaciones menores, además intentando trasladar el informe de la subcomisión de estudio que se hizo sobre prevención del consumo de alcohol en menores a una ley. Eso fue un informe que salió por casi unanimidad y, de hecho, es una ley que nosotros esperamos sacar de la mano de todos los grupos parlamentarios o al menos de todos los grupos parlamentarios menos uno.

En el caso del tabaco estamos ahora inmersos en la tramitación de un real decreto para la equiparación de los nuevos productos del tabaco con los productos antiguos, la prohibición de aromatizantes, y también la nueva ley que saldrá dentro de poco el borrador con las nuevas zonas libres de humo.

En temas de cannabis, estamos trabajando a nivel de la JIFE, de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes -voy terminando, dos minutos- para la armonización a nivel internacional, y recientemente actualizamos la orden por la que se incluyen nuevas sustancias en el anexo I, que supuso la prohibición de cannabis sintéticos, como, por ejemplo el HHC, que comentaba anteriormente la directora general de Salud Pública y que comentó en la primera de las sesiones uno de los comparecientes. Y también avanzamos por trabajar en la correcta regulación del CBD. El CBD, como ustedes saben, es una sustancia no psicoactiva, hay una sentencia del Tribunal de Justicia Europeo de noviembre de 2020 que estableció que no es un estupefaciente y que no tiene efectos psicoactivos para la salud humana con el conocimiento actual.

Y con hipnosedantes trabajamos en un plan de deprescripción y de uso adecuado de los psicofármacos en el marco de la comisionada de Salud Mental. Así que nada más y esperando sus preguntas. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señor Padilla. Turno de los grupos parlamentarios. Señora Marta Carmona, por el Grupo Más Madrid; dispone usted de un tiempo de cinco minutos.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidente. Bueno, primero de todo agradecerle al compareciente su exposición, que ha sido francamente didáctica, y además agradecerle la honestidad y el reflejar la foto completa enseñando todas las sustancias y saliéndose de esta dinámica en la que hemos entrado en la Comunidad de Madrid y en particular dentro de esta comisión, en la que parece que en función del grupo político que se sea, hay que escoger de qué tóxico se es. Entonces, están los del equipo de "nosotros defendemos y promovemos el consumo de alcohol y vosotros sois los de los porros". Miren, no. Nosotros somos los de la salud pública, los que entendemos que todos los tóxicos son, de una u otra manera, nocivos para la salud, entendemos que la población los consume, y lo que decidimos es deliberar acerca de cuáles son las mejores estrategias para reducir el consumo, en particular en las poblaciones vulnerables. Y creo que su exposición, en ese sentido, ha sido muy, muy gráfica.

Quería trasladarle cuál es su opinión acerca de que el Plan contra las Drogas de la Comunidad de Madrid no incluye el alcohol y el tabaco, que es algo francamente desconcertante, como si, no sé, el lobulillo hepático pensará: antes de perder mi arquitectura porque estoy en un proceso de cirrosis, voy a preguntarme si el alcohol es legal o no. La patología humana no funciona así.

En la comparecencia anterior veíamos cómo la directora general de Salud Pública no puede contestar a la pregunta de por qué no ha incluido el alcohol en su informe, de por qué en su Plan contra las Drogas no está. No puede contestarlo porque no hay ningún criterio técnico para ello, y ella, en calidad de directora general de Salud Pública, lo sabe perfectamente. El problema es que, por encima

de ella, el Partido Popular ha decidido abanderar la banalización del consumo de alcohol; es más la incitación y la promoción de su consumo, como hemos visto en reiteradas ocasiones a la presidenta de la Comunidad de Madrid, lo único. Además, esto es particularmente irresponsable en un momento en el que, como usted señalaba, lo único que ha crecido tanto como el consumo diario de alcohol en la Comunidad de Madrid, es la mortalidad en las residencias o el dinero en la cuenta bancaria de la pareja de la señora Ayuso. Pero es que en un contexto en el consumo diario de alcohol crece...

El Sr. **PRESIDENTE**: Señora Carmona, vamos a atenernos a la cuestión, al debate que hoy nos ocupa y no...

La Sra. **CARMONA OSORIO**: ... la banalización del consumo de alcohol es particularmente problemática.

El Sr. **PRESIDENTE**: Y no entremos en otro tipo de temas, por favor.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: De acuerdo. Asimismo, el aumento de hipnosedantes es también preocupante. Y en este contexto, el Partido Popular decide imponer una narrativa en la que el problema son los porros, cuando lo que hemos visto en la gráfica que nos ha enseñado es que se consume la mitad de porros que hace veinte años. Lo que sí ha crecido es el número de jóvenes y en particular de menores de edad que consulta por un problema relacionado de consumo, pero es que eso no es un mal indicador; si estuviera creciendo también el número total de consumidores podría ser un indicador que alarmara, pero, si el consumo se mantiene estable, incluso baja, y aumenta la cantidad de jóvenes que consultan, eso es que el sistema está consiguiendo llegar a ellos; es un buen indicador, no un mal indicador.

Esta narrativa de "los porros destrozan vidas", "los porros son malísimos", "cualquier persona que se acerque a un porro es un adicto", al que hay que hablar en tono moralista y darle una catequesis acerca de lo adicto y lo malo que es... Quería preguntarle si desde su experiencia clínica, que no solamente tiene usted sobrada experiencia en salud pública, sino clínica también, si cree que puede ayudar de alguna manera a alguien que está consumiendo y si con los pacientes alguna vez esa narrativa le ha ayudado.

Quería comentarle también qué opina de la comunicación de riesgos que utiliza el Partido Popular o el Gobierno de la Comunidad de Madrid en relación a estas cosas: por ejemplo, demonizar enormemente el CBD como si fuera la puerta de entrada a todo a la vez que banalizan ese consumo de alcohol, y a la vez desvincularse de que el problema fundamental con el THC, si es que quieren poner el foco sobre el THC, que es cuestionable que sea el mayor problema de consumo de drogas en la región, pero si quieren hablar de THC, que obvian que con el modelo prohibicionista el THC es francamente accesible para los adolescentes, que ese es mi problema fundamental. Aquí hay una cuestión, es que en esta comisión se ha llegado a escuchar que cómo se va a tratar los problemas de adicción o los problemas de consumo de unas sustancias si se legalizan las unidades de desintoxicación de alcohol. Existen los programas de alcohol en los centros de salud mental, y en los que hay existen,

el hecho de que la sustancia sea legal no impide que haya un abordaje, pero de alguna manera parece que eso no se puede poner sobre discusión.

Quería comentarle también cuál era su opinión acerca de, en un contexto en el que está creciendo el consumo de hipnosedantes, que la Comunidad de Madrid, además amparándose en determinados expertos que han hablado activamente en contra de los programas de deprescripción, quisieran tumbar el plan de salud, el Plan Estratégico de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, precisamente por tener una línea de deprescripción de hipnosedantes orientada a disminuir ese consumo. O sea, cómo puede ser que no solamente se esté banalizando y promoviendo el consumo de alcohol, sino que se esté vetando el intento de deprescribir.

Quería comentarle además que, usted no sé si lo sabrá, las veces que hemos intentado preguntar en esta Asamblea por estrategias de la Comunidad de Madrid sobre deprescripción de benzodiacepinas, la Mesa directamente nos las ha tumbado por decir que estábamos haciendo valoraciones subjetivas. Porque para la Mesa hablar de sobreprescripción es un juicio de valor. Entonces, claro, en este contexto de aumento creciente de hipnosedantes es bastante preocupante esto.

Y quería preguntarle también por si considera que hay línea de trabajo en armonizar los límites entre consumo y tráfico, porque en lo que tiene que ver con nuevas sustancias hay colectivos de la sociedad civil que están denunciando o están alarmados porque no se está haciendo una buena discriminación...

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya terminando, por favor.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: ... y se está haciendo un abordaje punitivista del consumo, cuando uno de los elementos básicos para abordar la epidemia de heroína que sufrió este país en los años ochenta fue precisamente la despenalización del consumo, porque el punitivismo no solo no ayudaba, sino que empeoraba la situación. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Carmona. Turno del Grupo Parlamentario Vox; señor Arias, dispone usted de cinco minutos.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Gracias, señor presidente. Gracias, señor Padilla, por su comparecencia hoy aquí en esta comisión. Vamos a ver si nos podemos ver directamente.

Yo quiero ser muy claro y muy directo porque el objetivo hoy de esta sesión era el problema social de las drogas. Hemos hablado de muchas cosas, pero me gustaría retomar el objeto de la sesión, hoy, que es el problema social de las drogas. Por lo que le he escuchado a la señora Carmona, creo que a lo mejor es un problema de si "cambiamos nuestra agricultura y entonces cambiamos el cultivo"; cultivamos drogas o cultivamos olivos; no sé, da igual. Pero yo le voy a hacer una serie de preguntas, señor Padilla. Y primero permítame que yo las conteste, y luego si me las puede contestar usted, pues se lo agradecería. ¿Cuáles son los problemas sociales que causan las drogas? Las drogas interfieren en la relación del entorno familiar, en el trabajo y pueden llegar a comprometer seriamente el proceso de

aprendizaje de los propios adolescentes que la consumen. Además, incrementan el riesgo de sufrir todo tipo de accidentes o de cometer cualquier tipo de acto violento porque influyen directamente en el tema de la salud mental. ¿Qué impacto social tienen las drogas? Bueno, realmente impactan porque producen enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares y enfermedades mentales. ¿Cuáles son las razones sociales del abuso o el uso de las drogas? Bueno, yo creo que hay una presión social que es el factor más importante para el inicio y el abuso de las drogas, especialmente en jóvenes, y, luego, lógicamente, la falta de ayudas a las familias para que detecten precozmente y sepan abordar en la familia el problema del consumo de los adolescentes y de los jóvenes de las drogas.

Esta situación del consumo de drogas genera situaciones de difícil solución dentro de las familias y falta de vínculo con los padres, hermanos, y, por lo tanto, aumentan ese riesgo. ¿Cómo afectan las drogas en la interacción familiar y social de las personas? La adicción suele causar confusión emocional en los miembros de la familia, incluido sentimientos de culpa, tristeza, ira, ansiedad o vergüenza y también pueden experimentar una sensación de traición, ya que las personas adictas suelen romper las promesas que se hacen. Cuando uno ha trabajado en un CAID o ha trabajado en un CAD ve realmente cómo se comporta una persona que quiere salir de las drogas, pero lógicamente tienes que gestionar, precisamente, el incumplimiento de las promesas.

¿Es consciente la sociedad del peligro de las drogas? Creo que no, usted ha dicho que sí, yo creo que no. Porque las consecuencias a futuro provocan desajustes personales, profesionales y conflictos entre el propio grupo de amigos una vez que se pierde el control tras la ingesta de las drogas.

Usted ha dicho -y si me he equivocado me puedo corregir, no hay ningún problema- que el tabaco es la principal droga, el principal problema de drogadicción. Claro, entonces, ¿cómo hacemos los porros sin tabaco? Por lo tanto, el porro tiene consumo de tabaco adicional, y, por lo tanto, si el problema es el tabaco, también el consumo tiene que ser; muy sencillo, el porro se hace con tabaco, papel de liar y la china. Perdona que use un término muy antiguo, pero es la china que es la droga.

¿Cuáles son los tres argumentos en contra del consumo de drogas? Es peligroso, puede dañar el cerebro y el cuerpo de forma permanente y pueden herir a las personas que la rodean, incluyendo amigos, familia y niños. The United Nation Office on Drugs and Crime afirma: "el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, está muy presente en nuestra sociedad y se ha convertido en un serio problema de salud pública y multiplican los riesgos de trastornos mentales, trastornos de personalidad, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y fobia social". ¿Por qué y qué beneficios tiene su regulación? Pues mi respuesta es ninguna. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arias. Por el Grupo Parlamentario Socialista, señor Marcano, dispone usted de un tiempo de cinco minutos.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Gracias, señor presidente. Buenos días, señorías. Gracias doctor Padilla por comparecer en el día de hoy ante esta comisión, por su exposición, por la amplitud de la exposición que ha hecho. Y yo me he ido apuntando un montón de cosas y me han surgido un montón de dudas para las que yo no tengo respuesta, no como ha hecho mi compañero precedente en el turno

que se ha preguntado y se ha respondido. Yo prefiero escuchar al experto y además la persona tiene los datos en primera mano del ministerio.

Usted ha señalado que ha habido una bajada del 50 por ciento del consumo de cannabis. ¿Nos podría comentar un poco cuáles son las causas de esta bajada o qué medidas están siendo efectivas para que esta bajada se produzca?

Luego, ha comentado el aumento en los últimos cinco años del consumo de alcohol diario. ¿Qué causas han detectado en este aumento o por qué razones se produce este aumento?

Otra cosa que me gustaría preguntarle: ¿es acertado dirigir campañas focalizadas en una droga en concreto? ¿O son más efectivas las que se centran en la lucha contra el consumo o las adicciones en general?

Otra pregunta, y al mismo tiempo una reflexión, es si intoxicar el debate sobre el cannabis medicinal comparándolo con el cannabis de uso recreativo, aporta algo en la lucha contra el consumo de drogas o genera confusión en la población. ¿Qué utilidad tiene eso más allá de los posicionamientos políticos?

En su opinión, ¿qué efecto e impacto tienen las campañas publicitarias en contra del consumo de drogas, como la que está llevando a cabo la Comunidad de Madrid dentro del Plan de Drogas 24-28?

En su opinión, como experto en Salud Pública y su responsabilidad en el ministerio, ¿considera usted que vamos por el camino correcto con estas campañas? ¿Realmente son modificadoras de la conducta en las personas que consumen drogas? ¿El enfoque es el adecuado? ¿Existen estudios o evidencia científica al respecto? De ser así, ¿qué nos dicen esos estudios o esa evidencia?

En su experiencia, ¿cuáles son las políticas públicas más eficientes para combatir el consumo de drogas y especialmente con los datos que usted nos ha comentado esta mañana? ¿Y qué podemos hacer para revertir aumento de consumo de hipnosedantes en la población joven en los últimos cinco años? Que es un dato que comienza a ser verdaderamente preocupante.

Desde mi grupo parlamentario creemos que la lucha del consumo de drogas en la región no se puede limitar a medidas aisladas, inconexas o sin atender a la evidencia científica y recomendaciones, y sin atender a la recomendación general de expertos y expertas en todos los campos, desde la medicina, la psicología, la educación en todos sus niveles, la investigación, el trabajo social, la intermediación social, la seguridad ciudadana, desde las políticas de empleo y la coordinación y el trabajo al unísono de las Administraciones públicas. Pero claro, para que esto ocurra haría falta que la Comunidad de Madrid fuera una Administración pública leal con el resto de las Administraciones, especialmente con el Gobierno de la nación.

En su trabajo diario, ¿cómo es la cooperación interadministraciones con el Gobierno regional? ¿Nos dejamos llevar por los discursos fatuos de la presidenta y concluimos que no, que no existe esta

colaboración interadministraciones? ¿O efectivamente solo es ruido y sí hay una cooperación entre las dos Administraciones es un tema tan preocupante como este y que debería concernirnos a todas las Administraciones y a todos los que tenemos responsabilidades públicas?

Me gustaría también preguntarle por la saturación y la desigualdad, o cuál es su opinión sobre la saturación y la desigualdad en el acceso a recursos asistenciales, las unidades de salud mental, urgencias hospitalarias y Centros de Atención a Drogodependientes. Los CAD suelen estar desbordados con listas de espera largas y recursos limitados, especialmente en barrios y distritos con alta vulnerabilidad social.

Y yo le voy a lanzar todas las preguntas y usted responderá a las que pueda, porque creo que el debate da para mucho más. ¿Cuáles son las comunidades autónomas donde mejores resultados están arrojando las políticas públicas? En concreto, ¿qué acciones conjuntas se desarrollan desde su Secretaría de Estado y el Ministerio en estas comunidades? ¿Qué medidas se están adoptando en otros lugares, otros países, que son buenas medidas y que deberíamos trasponer a nuestra sociedad? ¿O qué experiencias pueden ser útiles si las estudiamos o las consideramos?

Otro asunto por el que me gustaría preguntarle es por las asignaturas pendientes que, a su juicio, tiene la Comunidad de Madrid. ¿Qué opinión le merece que no se crucen las historias de las personas que son atendidas en los distintos recursos existentes? Una persona podría estar acudiendo a dos entidades distintas sin que entre sí lo supieran. No sé si esto obedece a alguna razón clínica o debería trabajarse en la interfaz de estos historiales. ¿Cuáles son las principales fortalezas que ustedes observan desde el ministerio en el sistema de Madrid?

Sé que son muchas preguntas, el tiempo es muy escaso, pero bueno, por cerrar. Usted habla de un mayor tiempo con la familia...

El Sr. **PRESIDENTE**: Ha agotado su tiempo.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Lo siento. Brevemente, si me permite, presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Acabe.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Ha hecho una reflexión respecto al tiempo que habría que liberar para que las familias se dediquen a los adolescentes. Me gustaría hacer una reflexión en este sentido, y ya esto sí basado en mi experiencia profesional. Deberíamos procurar que ese tiempo sea un tiempo de calidad, que incluya la gestión emocional de niños y adolescentes y las familias. Muchas gracias, presidente, por su amabilidad.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Marcano. Grupo Parlamentario Popular, señor Núñez Huesca; dispone usted de cinco minutos.

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Gracias, presidente. Gracias, señor Padilla, por venir a la Asamblea de Madrid, por comparecer y darnos su punto de vista, que yo valoro mucho y además creo que sabe que le tengo estima política. Creo que es usted un buen político.

Creo, sin embargo, que usted ha hecho una crítica política, al margen de los datos técnico-científicos que ha expuesto ha hecho una crítica política, que es legítima, por supuesto, solo faltaría! Una crítica política solapada, es verdad, una crítica política serena, es verdad, pero crítica política, e insisto, absolutamente legítima, solo contaría!

Hasta hace solo diecisiete meses usted era el portavoz de uno de los grupos parlamentarios que hoy están en esta Asamblea. De manera que iba a ser difícil desvincular su condición de técnico, de científico, de médico, de su condición de político, y hoy ha quedado reflejada.

La crítica política, sin embargo, de la portavoz de Más Madrid, no ha sido ni serena ni solapada, ha sido explícita, brutal, despiadada y rompe con una norma no escrita en ningún sitio que nos habíamos dado entre todos. Yo he compartido con la portavoz, Marta Carmona, otra comisión de estudio sobre las pantallas y las adicciones digitales, y hubo siempre una suerte de consenso según el cual íbamos a tratar de priorizar la cuestión técnica sobre la cuestión política. Hoy, sin embargo, Marta Carmona, me temo, señoría, que ha roto usted ese pacto, hasta el punto de que en su intervención respecto de las drogas ha hablado literalmente del novio de Ayuso y de las residencias. Eso es absolutamente impropio. Es legítimo, tiene todo el derecho, usted no solo es libre, es libérrima de hacerlo, pero rompe con un consenso según el cual íbamos a tratar de mantener las comisiones de estudio alejadas de la refriega política. Yo lo lamento profundamente.

Se nos decía, yo no sé si el compareciente o la portavoz de Más Madrid, que singularizamos unas drogas sobre otras. El informe Edades que edita, publica el Ministerio de Sanidad, habla del alcohol, además en una tipografía gigantesca, y otras drogas. Yo no sé si esto es singularizar unas drogas sobre otras, pero se le parece mucho. Respecto de ese mismo informe, Edades, dice que el 43,7 por ciento de la población española de 15 a 64 años ha consumido cannabis al menos una vez en la vida, alcanzando así la cifra más alta desde el año 2013; es el propio informe que publica el Ministerio de Sanidad. Es decir, estaríamos en cifras inéditas desde hace doce años. Recordar también que la directora general de Salud Pública hace unos minutos nos informaba que de cada 100 menores que acuden pidiendo ayuda por consumo de drogas, 96 lo hacen por haber consumido cannabis.

Señor Padilla, hay una cultura política que frivoliza e incluso blanquea el consumo de la marihuana. ¿Qué piensan hacer o qué están haciendo -porque entiendo que están haciendo- desde el Ministerio de Sanidad al respecto?

Mire, yo soy periodista y además soy profesor de Opinión Pública en la universidad, conozco perfectamente cómo funcionan las narrativas y los relatos sociales, de hecho, usted ha hecho alusión a determinadas narrativas y relatos públicos que hacen hegemónica una determinada posición. Por eso, la frivolización y el blanqueo de la marihuana tiene efectos; o sea, no es ni inocente, ni deja de tener

efectos, es importante. Por eso, entiendo que desde el Ministerio de Sanidad estarán tratando de combatir este blanqueamiento o esta frivolidad, ¿cómo?

De nuevo, le reitero mi respeto y mi agradecimiento, señor Padilla, por haber venido hoy aquí.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Huesca. Me voy a permitir leerles el objeto de la creación de esta comisión: creación de la Comisión de Estudio para abordar el impacto de las Drogas en la Comunidad de Madrid, cuyo objeto principal será conocer el impacto real de las drogas ilegales en la sociedad. Les pido a todos los grupos que mantengamos el objeto de esta comisión y que no nos vayamos andando por otros sitios que no proceden.

Bien, finalizadas las intervenciones, para cerrar, dispone usted de un tiempo máximo de diez minutos, señor Padilla.

El Sr. **LICENCIADO EN MEDICINA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): Muchísimas gracias. Muchas gracias a los portavoces.

Retomando alguna de las preguntas, lo comentaba la portavoz de Más Madrid, sobre que en el Plan Regional de Drogas de la Comunidad de Madrid no estuvieran el alcohol y el tabaco. Yo he de decir que no daba crédito cuando lo he visto, sobre todo porque creo que la directora general de Salud Pública, a la que tengo gran respeto y con la que tengo además una interacción y una muy buena opinión profesional de ella, cuando era directora general de Salud Pública en el Ministerio de Sanidad no se le habría ocurrido, de ninguna de las maneras, no considerar el alcohol y el tabaco como drogas, además como las drogas que mayor impacto tienen en la salud de la población.

Comentaba un asunto que me parece muy importante, que era la disminución de la edad de los menores que consultaban por un problema relacionado con el consumo sí se había incrementado y que eso no tenía por qué ser algo negativo, muy especialmente cuando además luego jugamos con variables relativas, que ocultan un poco los datos brutos. Pero es que, además, hay un dato fundamental que yo no he dado antes, y es que hay una estabilidad total y absoluta, bueno, de hecho, hay una bajada en últimos años, del porcentaje de consumo problemático de cannabis en el conjunto de la población, y además hay una estabilidad del porcentaje del consumo que es problemático. Es decir, la parte del consumo total que es considerado como problemático se mantiene estable, pero el tamaño de la caja, es decir el tamaño de consumo, sí ha bajado, entonces, lo que nos encontramos finalmente es una disminución de ese consumo problemático. Creo que eso es una cosa que sí es muy, muy importante.

Sobre los modelos de abordaje. Yo cuando hablo del consumo de drogas lo hago desde una perspectiva de salud pública, y creo que en el ámbito de la salud pública, en general, los abordajes basados en la moral son abordajes de una utilidad muy limitada y que en términos técnicos son abordajes que podríamos decir malos, digamos, reprobables, salubristamente. Creo que hablar de que la gente consume drogas porque no es valiente o por algún tipo de cosa relacionada con decisiones

excesivamente individuales, creo que se saca totalmente el foco. Todos sabemos que los abordajes de Salud Pública contemplan al individuo dentro de un contexto social y que ese contexto social en muchas ocasiones determina la puesta en práctica de conductas a nivel individual. Y ahí la moral, en principio, no tiene mucho que ver. A mí me da igual cuáles son los motivos morales por los cuales una persona consume o no. Creo que, como político, tenemos que actuar sobre cuáles son las intervenciones en el ámbito de la política pública que hace que podamos proteger muy especialmente a las poblaciones vulnerables del consumo.

Lo que comentaba sobre el Plan de Salud Mental y el consumo de hipnosedantes, yo creo que, enlazándolo también con la pregunta del portavoz del del Grupo Socialista sobre la colaboración entre las diferentes instituciones, en términos generales la colaboración entre diferentes instituciones a nivel técnico es encomiable y que en muchas ocasiones se coge de rehenes políticas públicas concretas en el momento en el que suben al nivel político para enturbiar eso. Pero en el Plan de Salud Mental, por ejemplo, se trabajó a nivel técnico con todas las comunidades autónomas de una manera verdaderamente encomiable, y en el momento en el que saltó a la arena de las cabezas de las consejerías fue cuando parece que se enturbió, afortunadamente después salió adelante.

En cuanto a lo que comentaba el portavoz de Vox sobre qué problemas sociales causan las drogas. Pues, yo empiezo por el problema global. El marco prohibicionista una de las cosas que nos ha traído son unas cadenas de narcotráfico a nivel global que están condenando a la violencia y a los incrementos de mortalidad a una parte muy importante de nuestro mundo. Es imposible pensar en políticas globales de abordaje de las drogas sin pensar en la culpa que tienen los países que consumen una parte importante de las drogas y que están teniendo y externalizando los problemas de la producción en esos países muy especialmente de América Latina. La responsabilidad que se tiene a ese respecto es totalmente innegable, y ahí, desde luego, sí se está generando una parte importante del problema.

Creo que hay otra parte del problema que es desde la perspectiva de los determinantes comerciales de la salud. Hacer un análisis también de cuál es la influencia del narco, el intento de captura de los reguladores o de los líderes políticos, es una cosa que tampoco nos puede quedar fuera de nuestro radar.

Pero el problema fundamental a nivel social de las drogas es que yo creo que las drogas, principalmente, lo que suponen es un menoscabo de la libertad. Una persona adicta no es una persona libre, y eso es un elemento fundamental que tenemos que tener en cuenta. Una persona adicta no es una persona libre, y por eso tenemos que dar a todas las personas la capacidad de agencia para poder tomar decisiones y no tener que condenar a determinados estratos sociales en un contexto de especial vulnerabilidad, a que acudan a las mismas.

Había otras preguntas. Decía si es consciente la sociedad del problema de las drogas, y decía que usted cree que no. Bueno, no es que yo crea o no crea, es que son los datos del Estudio Estudes y del Estudio Edades, y además es un incremento que se ha producido de forma muy notable, no de las

drogas en general, porque las drogas como meme único no existe, sino que hay muchas drogas y la gente es consciente de que hay unas drogas que son más problemáticas y otras drogas que son menos problemáticas. Si luego, en términos generales, la gente tiene una capacidad para delimitar los grises, que es mucho más notable.

Sobre lo que comentaba de la familia, si es que yo lo he insistido anteriormente: yo creo que en términos generales, todas las políticas que están destinadas a dotar a los jóvenes de una estabilidad de su contexto, o sea cual sea la conformación que tengan de familia, son políticas que hay que intentar apoyar, todas las políticas de prestaciones por hijo a cargo. Todas las políticas relacionadas con un mayor tiempo y tiempo de calidad que puedan pasar las familias y para quien no tengan familias los equivalentes familiares acompañando y dando ese apoyo, y además, también, promocionando espacios de relación entre pares que sean sanos y saludables, desde luego son políticas que son mucho mejor políticas frente a las drogas que algunas otras que vayan dirigiendo el tiro hacia otro lugar.

Sobre lo que comentaba el portavoz del PSOE del cannabis y la reducción, ahí hablamos del Estudes, que es población entre 14 y 18 años, que han consumido los últimos doce meses. Y aquí engancho con lo que ha dicho el portavoz del Partido Popular, con el que además me había emplazado a tener algún debate sobre este tema, pero luego ya como me fui de secretario de Estado de Sanidad ya no hablo por mí, sino por la institución, entonces habrá que postergarlo, decía que estamos en las cifras más alta según el Edades de consumo una vez en la vida. Claro, es que aquí hay algo fundamental en términos metodológicos: comparar los datos de consumo una vez en la vida con los datos de consumo en el último año. En los datos de consumo una vez en la vida estamos llevando una incidencia acumulada en la cual muy probablemente lo que vamos a ver y lo vamos a ver muy probablemente en los últimos años, en los que, una menor incorporación al cannabis de población joven con una mayor defunción de personas que se incorporaron o que consumían cannabis en algún momento de su vida anterior, va a hacer que esa variable caiga; sin embargo, al acotar, al censurar el indicador a los últimos doce meses, entonces sí tenemos una posibilidad de ver esa variable cómo se va trasladando año a año, a lo largo de los... Entonces, esos dos datos son datos totalmente compatibles y, desde mi punto de vista, para evaluar políticas públicas que se estén llevando a cabo, el dato relacionado con lo segundo es el más adecuado.

Hablaba del comunicado -como me quedan tres minutos- de que hay una cultura política que frivoliza y blanquea la marihuana. No sé cuál será esa cultura política; luego, si quieren, me dice cuál es esa cultura política. Pero sí le he oído en algún momento, tanto a usted como a la señora Pasarón, la portavoz adjunta en esta comisión, hablar de que la utilización del cannabis medicinal -utilizaba esos términos- o del cannabis con fines terapéuticos suponía un elemento de banalización y frivolización del cannabis. Y en esto sí que me quería detener, lo primero porque creo que se tienen que aclarar un poco. El Partido Popular presentó en el año 2021 una proposición no de ley en el Congreso de los Diputados pidiendo la realización de un libro blanco sobre cannabis medicinal. Aclárense sobre si el uso del término cannabis medicinal es útil o no es útil, porque, si no, pasa lo de que unas iniciativas de un lado, aquí después como que les explota, digamos.

En segundo lugar, nos hablan de la hipocresía de hablar de salud mental y de la regulación del cannabis. Vale, yo no sé si ustedes saben quién es Juana María Martínez, alcaldesa de Fuente Álamo, o Juan Manuel González, alcalde de Lepe. Ambos son alcaldes del Partido Popular y ambos están insistiendo muchísimo en el desarrollo de las plantaciones de cannabis como una industria en sus municipios. Es decir, mientras aquí intentan demonizar una práctica, en sus municipios sus propios alcaldes están intentando convertir sus municipios en una potencia industrial a ese respecto. Creo que ahí sí hay un elemento de hipocresía entre la prescripción en el ámbito de las políticas de drogas y la praxis en el ámbito de las políticas de industrialización local o regional.

Y el tercer elemento está relacionado con nuestro real decreto. Vino un compareciente de la Sociedad Madrileña de Anestesiología al que le preguntaron si en el último año alguien en un hospital había pedido alguna de las fórmulas magistrales y él dijo que no. Me alegré mucho porque eso todavía no está en vigor, si hubiera dicho que sí estaría aceptando la comisión de un delito.

El real decreto que regula el uso de derivados del cannabis tiene este título: "Real Decreto por el que se establecen las condiciones para la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis. Tiene cuatro indicaciones, que es espasticidad en esclerosis múltiple, vómitos por quimioterapia, epilepsia refractaria y dolor crónico refractarios. En todos los casos como líneas secundarias del tratamiento. No permite la vía inhalada -que esto también es algo bastante importante-, y se restringe a un número concreto en los cuales se ha visto que la evidencia disponible como una de las últimas líneas del tratamiento puede tener algún elemento de utilidad". Decir que esto lo que hace es banalizar y promover el consumo de cannabis, es como decir que la prescripción para un dolor oncológico crónico de fentanilo es promover el consumo recreativo de fentanilo, o como decir que el uso anestésico de los simpaticomiméticos es promover el consumo recreativo de cocaína. Hay drogas que se usan con usos recreativos que están totalmente incorporadas en la práctica clínica porque tienen utilidades concretas, y en este caso se incorporan a pesar de que haya preparados, como puede ser, por ejemplo, el Sativex o el Epidiolex, ya comercializados, porque se ha visto que esas dosis en esos preparados no sirven para dar respuesta a los pacientes en este caso.

Esto no es ningún tipo de regulación del uso recreativo del cannabis. Esto es...

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir concluyendo.

El Sr. **LICENCIADO EN MEDICINA, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD** (Padilla Bernáldez): Perfecto. Esto es simplemente la utilización de unos preparados estandarizados de derivados del cannabis, preparados estandarizados de cannabis, para el uso de cuatro indicaciones muy concretas. Así que, sin más, me habría gustado poder responder a mucho más, pero es el tiempo. Muchísimas gracias a todos y todas.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Padilla, por su intervención. Antes de pasar al tercer punto del orden día, hacemos un receso, como siempre, de unos minutos y volvemos.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 45 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 9 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Comenzamos con el tercer punto del orden del día.

C-879/2025 RGE.11413. Comparecencia de la Sra. D.ª Ángeles Sánchez García, Psicóloga Clínica del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, Profesora Asociada de la UCM en el Máster de Psicofarmacología y Drogas de Abuso, Prácticum en Adicciones, a petición del Grupo Parlamentario Socialista, con el siguiente objeto: informar sobre sus recomendaciones al respecto del asunto de estudio. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea y Regla 3ª de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).

Damos la bienvenida a la señora Sánchez García, a quien le pido que tome asiento en la mesa. *(Pausa.)* Ya sabe que dispone usted de un turno de quince minutos para hacer su exposición, así que adelante, cuando quiera.

La Sra. **PSICÓLOGA CLÍNICA DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES, PROFESORA ASOCIADA DE LA UCM EN EL MÁSTER DE PSICOFARMACOLOGÍA Y DROGAS DE ABUSO, PRÁCTICUM EN ADICCIONES** (Sánchez García): Gracias. Muchas gracias por la invitación, es un placer estar aquí. Es cierto que mi punto de vista es completamente técnico. Intentaré ser lo más clara posible y explicarlo lo mejor que pueda. He trabajado en diferentes ámbitos de adicciones; he trabajado en una cárcel; he trabajado en un hospital, donde estoy actualmente; he trabajado en un centro de adicciones público, soy laboral en él, de hecho, y tengo una excedencia, y, aparte, he trabajado en la facultad de profesora asociada en el máster. ¿Por qué tantos campos diferentes? Pues porque me permite tener una perspectiva diferente de un problema tan importante como es el de las adicciones; es decir, es muy importante conocer diferentes puntos de vista. Aquí hay diferentes corrientes políticas, que son diferentes puntos de vista sobre la misma realidad. Entonces, es muy importante llegar a un acuerdo entre los diferentes puntos de vista.

Yo he traído la misma encuesta que hemos traído los anteriores ponentes, la encuesta de Edades de 2024, la última que hay, con 26.800 cuestionarios de 15 a 64 años, que es la población. Se ve, efectivamente, que las dos drogas más utilizadas son el alcohol y el tabaco, por supuesto; el tercer orden lo ocupa el tema del cannabis.

Si nos ceñimos a los datos de Madrid, en los últimos doce meses, en la misma encuesta de 15 a 64 años pero solo en Madrid, sí que vemos también el alcohol en primera línea, el tabaco en segunda línea y, luego, la fuerza con la que están viniendo los hipnosedantes, con o sin receta médica. Es decir, nosotros hablamos de un fenómeno que se llama pharming, que es el uso recreativo de determinadas sustancias, determinados fármacos, con o sin receta médica. El cannabis, en cuarto lugar; los atracones de bebida -el binge drinking-, en quinto lugar.

En la encuesta que se realizó o publicó en 2025 en la Comunidad de Madrid, con una muestra mucho más pequeña, de 1.500 personas -pero es Comunidad de Madrid-, en los datos que salieron en enero sí que vuelven a salir los hipnosedantes y la fuerza con la que están viniendo los sedantes, las benzodiazepinas -de las que hemos hablado aquí-, hipnóticos, etcétera, con o sin receta médica, en el mercado negro, del que también se ha hablado con los anteriores ponentes. Los analgésicos opioides, los opioides, los opiáceos... Si estamos acostumbrados a la morfina, heroína, metadona, etcétera... los derivados opioides, tan importantes, tramadol, fentanilo, etcétera. ¿Mercado negro? Muchísimo. Hemos visto reportajes en televisión que son impactantes, pero se utilizan mucho para el dolor. Entonces, los mismos fármacos que se utilizan para el dolor, los mismos fármacos que se utilizan para un trastorno depresivo mayor, las ketaminas, son los mismos fármacos o las mismas drogas que se utilizan, efectivamente, con un fin adictivo, en ese sentido recreativo o adictivo. Entonces, es difícil: ¿qué parte es fármaco? ¿Qué parte se utiliza terapéuticamente y qué parte, evidentemente, se utiliza por un tema adictivo, que genera un trastorno adictivo? Por eso los centros de adicciones.

Si hablamos de suicidio, ¿por qué he traído esta transparencia? Porque es cierto que el trastorno mental está muy unido con el trastorno adictivo; de hecho, son dos trastornos mentales. Entonces, el 75 por ciento de las personas con un trastorno adictivo también tiene un trastorno mental. Si cogemos solo el grupo de personas con riesgo de suicidio, hay como tres grupos diferentes: uno, ideas de suicidio, la ideación suicida; otro, la planificación, y otro, el acto. En los tres grupos sí se ve el tema de las sustancias en más de un 56 por ciento -lo pone-; más de un 56 por ciento solo con ideación suicida podrían ser consumidores de cocaína o utilizar la cocaína. Sí que es cierto que podría estar sesgado, porque, claro, la cocaína, como bien sabemos, produce una serie de delirios de persecución, alucinaciones, etcétera, pero también es un activador del sistema nervioso central; con lo cual, si tenemos ideación suicida y metemos una determinada sustancia -y en este caso, es un activador-, hay una probabilidad muy alta de que ocurra el acto, que de la ideación pasemos al acto. También habría otro depresor, que es muy importante y habría que tenerlo en cuenta y del que también hemos hablado: el alcohol; tan importante, el alcohol. Respecto al riesgo de suicidio, evidentemente, es un desinhibidor también.

Plan Regional contra las Drogas 2024-2027: sí que es cierto que hay una serie de medidas. Sí que es cierto que hay 75 medidas, que quiero leer 75; pero también es cierto, evidentemente, que solo hay nueve medidas de las 75 dedicadas a la asistencia; llama mucho la atención.

¿Es importante la prevención? Por supuesto que es importante la prevención, pero estoy completamente de acuerdo con el ponente anterior en que formación en adicciones, es decir, el uso problemático de determinadas sustancias... Muchos menores de 18 años ya lo saben, pero hay que pasar de la formación a la acción. Es decir, una cosa es que uno tenga estas medidas preventivas -por supuesto, se sabe la formación- y otra cosa es que ya se tengan unos hábitos de vida saludables o no pasar de un uso a un abuso, a una dependencia, a un trastorno adictivo.

En el anterior Plan de Acción de Adicciones 2021-2024 ya se empezó a hablar de las adicciones comportamentales. Ya en todos los centros de adicciones, en todos los CTA, los antiguos CAID, en la

Comunidad de Madrid, tenemos obligación de trabajar en adicciones. ¿Por qué? Porque, evidentemente, también se están generando trastornos adictivos importantes: trastornos adictivos con el juego, con los videojuegos, con el internet, con las redes sociales, etcétera.

¿Cuál es la diferencia? Bueno, quizás, en adicciones comportamentales, cómo pasamos del uso al trastorno adictivo; pero también, en adicciones con sustancia tóxica, cómo pasamos del uso al trastorno adictivo. Es difícil establecer esa línea. La diferencia es que con adicciones comportamentales no buscamos la abstinencia. ¿Se prohíbe a un niño utilizar los juegos? No. ¿Se prohíben a un niño los videojuegos? No: utilizamos otro tipo de pautas o de medidas o de intervención. Pero sí que es cierto que con sustancias tóxicas, normalmente, los programas están dirigidos a la abstinencia, no al consumo controlado. Podría ser el caso del alcohol y de un hecho puntual en determinados pacientes, pero normalmente, el objetivo suele ser la abstinencia. Esa sería un poco la diferencia. Pero sí que es cierto que la atención a adicciones comportamentales, desde hace unos años, tenemos obligación en todos los centros de adicciones públicos.

En cuanto a la red asistencial, anteriormente estaba la red asistencial de adicciones de la Comunidad de Madrid, pero ya en 2022 se hizo una fusión, por así decirlo, y se creó la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Tenemos los mismos jefes, por así decirlo. Y entonces, está la red asistencial de adicciones unida con todo el tema de la red de salud mental. Está unida. ¿Qué significa esto? Que, evidentemente, dentro de la red asistencial de adicciones, voy a decir que corresponde... Es decir, tiene 24 centros de tratamiento público. Son los llamados CTA, que son los antiguos CAID. Nosotros no necesitamos derivación de un médico de cabecera ni de salud mental ni de especialistas; es decir, es atención directa. Cualquier persona puede llamar a cualquier centro de adicciones de la Comunidad de Madrid. Es acceso directo. ¿Cuál es el problema? La lista de espera. Aunque tenemos obligación de hacer un diagnóstico en seis días, aun así, hay muy poquitos profesionales. Cada vez hay menos y es una de las propuestas o una de las conclusiones que están al final. Entonces, claro, suele haber lista de espera, aunque intentamos que no, pero sí suele haber lista de espera. Tenemos 24 centros públicos, atención directa, servicio ambulatorio, todo tipo de profesionales: psicólogos, trabajadores sociales, médicos, educadores... diferentes profesionales.

Cuando desde el tratamiento de forma ambulatoria vemos que la persona sigue consumiendo, se pasa a los centros de segundo nivel, que también estarían dentro de la red asistencial de adicciones. Estaríamos hablando de los CHPD que pone ahí: los centros hospitalarios de tratamiento de adicciones Doctor León; el centro hospitalario de tratamiento de adicciones... la clínica Doctor Esquerdo, que está en Aluche; el antiguo CAID de la unidad de cocaína de Nuestra Señora de la paz y, luego, la unidad de desintoxicación del Ramón y Cajal; todo esto, dentro de la red asistencial de adicciones de la Comunidad de Madrid.

Una vez que nos hemos fusionado, por así decirlo, dentro de la oficina regional, habría otras cuatro unidades hospitalarias, pero que estarían fuera de la red asistencial. ¿Estas cuatro cuáles son? Como sabemos, AdCom, que está en el Gregorio Marañón y se dedica a adicciones comportamentales, todo tipo de adicciones -incluso trabajan con menores-; la unidad de ludopatía del Ramón y Cajal -

trabajan con adultos-; la unidad del 12 de Octubre de alcohol -trabajan con adultos-, y el programa del alcohol del Rodríguez Lafora, que trabaja con adultos. De atención directa, el Rodríguez Lafora; para el resto, normalmente se necesita una derivación, aunque sí que se puede acceder mediante un cuestionario, por ejemplo en AdCom, o por ejemplo en el Ramón y Cajal sí se podría acceder de forma directa, sin ningún tipo de derivación, aunque normalmente son derivaciones.

También hemos hablado de la patología dual, trastorno mental más un trastorno adictivo. Hay que diferenciar varios conceptos. Una cosa es de qué van de la mano... El trastorno adictivo puede ir de la mano -comorbilidad- de un problema físico, de cualquier enfermedad física, etcétera; sería la comorbilidad, de qué va de la mano. Trastornos inducidos en intoxicación o en abstinencia; es decir, efectivamente, cuando una persona se está desintoxicando, pueden aparecer una serie de trastornos. Trastorno psicótico inducido, por ejemplo, por cannabis, que eso no quiere decir que tenga el trastorno. Después de tres meses, una vez que se ha conseguido una abstinencia de tres meses, a lo mejor el trastorno psicótico inducido desaparece. Pero hay algo muy importante: que estamos hablando de la patología dual. 75 por ciento de pacientes, patología dual. ¿Qué tipo de trastorno? Trastornos afectivos, del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos dentro del espectro de la esquizofrenia..., pero todos más un trastorno adictivo.

Hablando de Nestor Szerman, él siempre dice..., en 2022: ¿y qué es antes, el huevo o la gallina?, ¿qué es antes, el trastorno mental o, qué es antes, el trastorno adictivo? Pues no lo sabemos. Sí que hablamos de vulnerabilidades. Aquí se ha hablado de vulnerabilidades. Se habla de vulnerabilidades biológicas. Yo trabajo para psicobiología dentro de la universidad Complutense, dentro del departamento de Psicobiología, pero soy psicóloga clínica, soy PIR. Entonces, sí que se habla de una cierta vulnerabilidad, predisposición; pero, como bien sabemos, no todos los hijos de padres, madres, personas con problemas de alcohol desarrollan un problema de alcohol. Sí que es cierto que es mucho más fácil, si tocan la sustancia, que tengan una adicción, pero hay muchas variables que pueden estar funcionando, muchas vulnerabilidades, muchas producidas por el ambiente, la presión social, dificultad en decir no... bueno, y luego, que son drogas, que tienen un efecto inmediato muy atractivo. A nosotros siempre nos preguntan: "¿y las drogas me van a dejar de gustar?". Nosotros siempre decimos: "pues ¡hombre!, difícil. Son drogas". Es decir, tienen un componente adictivo muy, muy importante: en un principio, consumidas por placer en la mayor parte de las situaciones; en la finalización o al cabo de los años, no tanto por placer sino para reducir el malestar, para reducir el síndrome de abstinencia.

Vuelvo a decir que también adicción es adicción comportamental. La adicción al trabajo también podría ser una adicción comportamental. Es decir, cuando una persona está continuamente trabajando y cuando no trabaja tiene un cierto malestar, y cuando trabaja se reduce ese malestar, la reducción del craving -el deseo imperioso- también sería una adicción. No todas las personas que consumen drogas llegan a desarrollar un trastorno adictivo, por supuesto; es una minoría.

¿Qué alteraciones se producen? Si ya estamos hablando de ese 25 por ciento que a lo mejor no tendría otro trastorno mental a lo largo de su vida, estamos hablando de una serie de alteraciones.

¿Y de qué hablamos? De una serie de alteraciones cognitivas que se producen cuando una persona consume drogas. ¿Qué es lo que pasa? Que si es un menor y, sobre todo, un niño, menor de 21 años, claro, su cerebro se está desarrollando. Entonces, por supuesto que el tema del cannabis, efectivamente, produce una afectación. Pero no solo el cannabis, que a lo mejor dentro del cannabis hay diferentes formas, etcétera, en cuanto al THC, que es el principio activo: también están los derivados -cannabinoides, efectivamente-, también está el CBD, etcétera. Es decir, muchas drogas emergentes. Hemos hablado de las catinonas; hemos hablado de los cannabinoides sintéticos... hemos hablado de muchas drogas que son legales, que se compran muy fácilmente en el mercado y, por supuesto, efectivamente, que provocan una alteración: alteración de memoria, de atención, etcétera; y como el ponente anterior ha dicho, sobre todo, una pérdida de libertad, importantísimo.

¿Qué consecuencias tiene la patología dual? Como bien sabemos, mayores recursos asistenciales, mayor gasto sanitario, mayores problemas sociales, mayores problemas clínicos... Es decir, claro, son dos trastornos que van de la mano. Entonces, es muy complicado todo el tema de la patología dual.

Sobre los tratamientos, nosotros no tenemos tratamientos estándar. Es decir, podemos decir: ¿tratamientos estándar para pacientes que tienen un problema de alcohol, igual que todos los pacientes tendrían el mismo tratamiento? Pues no. No podrían tener el mismo tratamiento. Son tratamientos individualizados. ¿Qué significa eso? Que se requiere una especialización altísima para hacer tratamientos individualizados, porque lo que para una persona es una variable de protección, para otra persona es una variable de riesgo. Entonces, claro, hacer un buen análisis de variables, que es lo que realmente hay que hacer con cada individuo, requiere mucho tiempo, mucha especialización y muchos profesionales. Esa es una de las propuestas, efectivamente. En los centros de adicciones estamos saturados; cada media hora vemos un paciente normalmente. Trabajo en un hospital y es exactamente igual: cada media hora, un paciente. Puedo atender doce o trece pacientes diarios. ¿Y cuándo les volvemos a ver? Difícilmente. Entonces, es muy importante el tema de la intervención y que sea una intervención intensiva, por lo menos en los primeros seis meses.

El tratamiento multidisciplinar: todo tipo de profesionales, no solo psicólogos clínicos, a pesar de que yo soy psicóloga clínica; pero sí que es cierto que psiquiatras, médicos de Atención Primaria, terapeutas ocupacionales para un tema de rehabilitación cognitiva... Si estamos hablando de dificultades de alteración de la memoria y de atención es porque tiene que haber un tema de rehabilitación cognitiva. ¿Por qué? Porque cuando uno deja de consumir drogas, sí que se ha demostrado que el cerebro sí que se va recuperando. ¿Cuánto se recupera? Pues depende de la estimulación que hagamos. Entonces, es muy importante una rehabilitación cognitiva. ¿Que la podría hacer un psicólogo? Sí, hombre, pero yo creo que hay personal mucho más especializado, el neuropsicólogo, con lo cual es mayor número de profesionales.

Atención sanitaria durante 24 horas, porque estamos hablando de comorbilidad, de un montón de afecciones físicas que pueden pasar. Diferentes tipos de programas y, sobre todo, diferentes intervenciones familiares.

La idea es cómo poder trabajar entre diferentes profesionales, con diferentes puntos de vista de la misma realidad en todos los aspectos, en todas las áreas de la vida de un individuo que están dañadas, por así decirlo. Estamos hablando de un trastorno adictivo; no del uso de la sustancia, sino de un trastorno adictivo. Para que vengan a un CTA tiene que haber un diagnóstico y un diagnóstico clínico. Entonces, no todas las personas pueden estar atendidas en un centro de adicciones. Tienen que ser personas que tengan un diagnóstico. De ahí la diferencia entre el uso recreativo y el trastorno adictivo, como decimos nosotros.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando.

La Sra. **PSICÓLOGA CLÍNICA DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES, PROFESORA ASOCIADA DE LA UCM EN EL MÁSTER DE PSICOFARMACOLOGÍA Y DROGAS DE ABUSO, PRÁCTICUM EN ADICCIONES** (Sánchez García): Muchas gracias por la escucha. Espero haberme explicado. Bueno, ya he terminado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muy bien, muchas gracias. Turno ahora de los grupos parlamentarios. Grupo Parlamentario Socialista; señor Marcano, dispone usted de cinco minutos.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Muchas gracias, presidente. Doctora Sánchez, muchas gracias por su exposición y creo que me voy a quedar sin tiempo esta vez también. Me he ido apuntando cosas también esta vez; ha sido increíble. Voy a intentar trasladar algunas de las cosas más importantes y otras ya me las dejaré para luego.

En su experiencia clínica, ¿qué papel tiene la estigmatización del consumo de drogas a la hora de acudir en búsqueda de ayuda? ¿Las personas acuden menos o acuden tarde a los profesionales? ¿La gente oculta los síntomas derivados del consumo de drogas, de adicción...? Me surgió la duda desde la completa ignorancia:

¿Por qué están fuera de la red los cuatro hospitales como el Gregorio Marañón o el Ramón y Cajal? ¿Qué cosas se pueden hacer o qué recursos son necesarios, fortaleciendo la Atención Primaria, para que desde la Atención Primaria se pueda corregir la saturación de la que usted habla en el trabajo de las personas que atienden a drogodependientes?

Por otra parte, es usted profesora de uno de los dos o tres másteres oficiales que existen en España que estudian las adicciones de forma específica. Por ello, me gustaría preguntarle cuáles son las principales líneas de investigación que se desarrollan en la universidad en estos momentos relacionadas con los estudios de adicciones; si existe un suficiente trasvase entre el conocimiento que arrojan esos estudios en la universidad hacia el sistema sanitario, el sistema de salud, y viceversa: si existe un trasvase de conocimiento entre universidad e instituciones suficiente y, si no es así, qué podemos hacer para mejorar eso. ¿Se escucha lo suficiente a los investigadores? ¿Se apuesta por líneas de investigación innovadoras? ¿Tiene un papel relevante la inteligencia artificial en investigación de adicciones? Y voy a parar de preguntarle estas cosas porque...

Pero sí me gustaría hacer una reflexión: después de tantos años de gobiernos del PP en la región, yo celebro la preocupación que hay por un tema tan importante y que tanto sufrimiento ha causado y causa a muchas personas como es el consumo de drogas y las adicciones en general. Sin embargo, en este tema, que abarca muchas cosas e implica muchas cosas, siendo usted profesora universitaria de un máster que es el único en la Comunidad de Madrid específicamente sobre la adicción, un máster oficial, me gustaría detenerme en eso, porque implica especialmente a la universidad y, ahora que la Comunidad de Madrid ha decidido, después de tanto tiempo, atacar a la universidad pública disminuyendo la financiación, y al mismo tiempo nos plantean esta preocupación con el impacto de las drogas, conviene recordar y poner en valor que la universidad pública realiza más del 90 por ciento de la investigación que se hace en este país. ¿Qué implica esto? Que las universidades privadas, por un lado, trasladan conocimiento -que eso está bien, por supuesto; es lógico y está bien-, pero la universidad pública, además de trasladar el conocimiento, investiga para generar nuevo conocimiento y aplicar nuevas técnicas y avanzar. Por eso yo quiero poner en valor el papel de la universidad pública en la investigación, la necesidad de que se apueste por la investigación... Yo creo que la palabra clave en esta comisión, si estamos estudiando el impacto, es precisamente "impacto", porque para estudiar el impacto de las drogas en la Comunidad de Madrid tenemos que atender a datos científicos, a hechos objetivos, a la ciencia, a lo que se está haciendo, y hay que potenciar el trabajo que se está haciendo desde la universidad en la investigación en el impacto que tienen las drogas y las adicciones en general.

Por tanto, yo creo que una primera medida que podríamos poner sobre la mesa para abordar el impacto de las drogas en la Comunidad de Madrid sería apostar decididamente por más estudios científicos de ese impacto, y ¿dónde se hace mejor esto que en otro lugar? En la universidad pública, porque si tienen el 90 por ciento de la investigación que se desarrolla en este país, creo que ese es el lugar en donde se tiene que hacer. Por tanto, defendemos la financiación de la universidad pública para que se puedan llevar a cabo estudios desde todos los campos en el impacto de las drogas en la región y potenciar la formación especializada en adicciones en las universidades públicas; que luego, sus conclusiones y el conocimiento que adquiramos se irradie a todo el sistema sanitario, se creen los mecanismos de feedback necesarios y, al mismo tiempo, se propicie más investigación, más ciencia y más formación para el personal que trabaja directamente con las personas en situación de adicción. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Marcano. Turno del Grupo Parlamentario Vox, señora Barrero Alba.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Gracias, presidente. Muchas gracias, doña Ángeles, por acudir a esta comisión de estudio. Me llamo Raquel Barrero y pertenezco al grupo político Vox. A mí me gustaría hacer preguntas, porque es usted la que nos tiene que ilustrar; fundamentalmente, tres grupos de preguntas: a mí me gustaría preguntar por el tema de la banalización o normalización de un determinado tipo de consumo, me gustaría hablar de menores y me gustaría hablar de los recursos asistenciales.

Mi pregunta es sobre la normalización del consumo recreativo, muchas veces obviando los riesgos. O sea, nosotros tenemos datos europeos de 2023 que nos dicen, respecto al consumo de

drogas en España, que es uno de los países que más consume, concretamente, cocaína y cannabis y sus derivados. Entonces, mi pregunta en este sentido es si usted considera, como psicóloga clínica, que se han banalizado los riesgos entre los jóvenes de este tipo de consumo recreativo. Es decir, consumen sustancias solamente cuando salen los fines de semana, en los botellones, en las macrofiestas, en los macrofestivales, que además son policonsumo. Normalmente consumen no solo alcohol, sino que lo mezclan con psicoestimulantes, que lo mezclan con derivados del cannabis, que lo mezclan con todo tipo de sustancias. Y si considera que se banaliza el consumo recreativo, y que no forma entonces parte de esta red asistencial porque no es percibido como un consumo problemático. Esa es una pregunta.

Respecto a los jóvenes y, sobre todo, a los menores, teniendo en cuenta el porcentaje tan elevado de consumo entre los 14 y los 18 años, mi pregunta es si ustedes trabajan específicamente dependiendo del grupo de menores, porque son muy diferentes unos de otros. Quiero decir, tenemos el grupo de menores vulnerables de barrios marginales, con familias desestructuradas, que además muchas veces son utilizados por las redes para el tráfico de sustancias y que a su vez también son consumidores; ese sería un grupo. Otro grupo que podríamos ver sería, por ejemplo, el de los chavales que además tienen otro tipo de problemas: trastornos de conducta, trastornos del espectro autista, hiperactividad, etcétera, que muchas veces utilizan las sustancias para mitigar síntomas; sería otro grupo. Y un tercer grupo, digo preocupante porque no hay detrás una familia que dé soporte, sería el caso de los menores extranjeros no acompañados, en donde se ha visto un altísimo porcentaje, sobre todo procedentes del Magreb y procedentes del África subsahariana, que consumen cantidades muy importantes, por ejemplo, de clonazepam. Entonces, si se trabaja de manera distinta con estos grupos.

Y mis últimas preguntas van en relación con los recursos asistenciales que existen en la actualidad. Según un informe o una entrevista del director de uno de los CTA -de Tetuán, creo que fue-, decía: "3 de cada 4 pacientes que tenemos aquí tienen una patología psiquiátrica establecida", y, por otro lado, tenemos la red asistencial, que nos dice que más del 50 por ciento de los pacientes en el área de salud mental también consumen drogas. Entonces, mi pregunta sería: ¿existe coordinación entre estos sistemas? Y se lo digo porque, claro, si una persona tiene un problema de salud mental -por ejemplo, un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo-, ingresa por la vía de la salud mental y después allí se ve que consume drogas, a lo mejor solamente se recomienda que acuda a un centro de tratamiento, pero no se trabaja más; y, por otro lado, también lo contrario: si se ve un mayor consumo de sustancias y a lo mejor debajo hay una patología mental. Me gustaría saber si hay coordinación y la tasa de abandono de estos pacientes, si se consigue retener a esos pacientes o realmente abandonan el tratamiento, unas veces porque han recaído en el consumo y ya no quieren volver, otras veces porque ellos mismos dicen "ya estoy curado y no necesito más". Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Turno del Grupo Parlamentario Más Madrid. Señor Escudero, tiene usted la palabra; cinco minutos.

El Sr. **ESCUDERO LEÓN**: Gracias, presidente. Gracias, señora García, por venir a comparecer. Varias preguntas: en la segunda diapositiva, en el informe Edades, mostraba el alcohol como la primera droga más consumida; luego, el tabaco, los hipnosedantes como tercera, y cuarta, el cannabis en la

Comunidad de Madrid. Por último, reseñaba en un pequeño porcentaje "borrachera", que no sabía muy bien a qué se refiere; si me lo puede aclarar...

Luego, hay un dato que ha arrojado, que era que el setenta y pico por ciento de las personas con adicciones tienen un problema de salud mental, Es así como me lo ha dicho. Me gustaría saber si hay algún condicionante que también compartan estas dos situaciones o que sea transversal a estas dos situaciones.

A la señoría de Vox, que preguntaba sobre el uso recreativo de la cocaína y el cannabis y arrojaba unos datos europeos que nos situaban entre los países en los que más se consume, si me lo permite, me gustaría añadir a esa pregunta también el uso recreativo del alcohol.

Quería preguntarle por lo que creo importante, y es que los determinantes sociales influyen también en la salud y en el consumo de todo esto. Por tanto, quería preguntarle por los determinantes sociales como el empleo, la precariedad laboral, la exclusión educativa, la falta de recursos básicos como el agua o, por ejemplo, la luz, tanto en la aparición como en la cronificación de ciertas adicciones. Y situando por zonas donde se sufren ciertas cosas y no se influye, también se está estigmatizando a ciertas poblaciones.

Necesitamos una mirada que comprenda la complejidad de este fenómeno y que ponga soluciones desde la empatía, la prevención y la reducción de daños, o así lo entiendo. El modelo que se ha defendido desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid en los últimos treinta años, desde el Partido Popular, está agotado, es ineficaz y, en muchos casos, casi contraproducente. ¿Cree usted que, cuando no se ataja un problema como las drogas sino que se permite y se fomenta el consumo...? Creo que la obsesión de la prohibición y la represión ha demostrado no ser útil para atajar el problema de raíz, sino que además ha generado un caldo de cultivo para la marginación, la delincuencia y la vulneración de derechos. Las soluciones de mano dura ya no resuelven nada; solo consiguen empujar a las personas a la clandestinidad y al desamparo.

Y si hay una droga que el Gobierno de la Comunidad de Madrid y el Partido Popular ha tratado con una hipocresía flagrante, ese es el alcohol. Hace cuatro años -y lo ha dicho antes el secretario de Sanidad- estábamos por debajo de la media del consumo diario de alcohol; ahora estamos en el doble del consumo diario de alcohol de hace esos cuatro años. Mientras se llenan la boca con discursos sobre la lucha contra las drogas, miran hacia otro lado y promocionan activamente el consumo desmesurado de alcohol. En esta comisión y en otras hemos hablado en torno a las drogas, y las intervenciones del Grupo Popular se han basado en muchos discursos moralistas y personales sobre los efectos de la marihuana; sin embargo, parecen negar que el alcohol sea la droga más consumida en nuestra sociedad, la que más muertes y más problemas de salud genera. La presidenta de la Comunidad de Madrid diciendo que si las cañitas, que si las cervecitas, banalizando el consumo de alcohol o más bien promoviendo ese consumo en Madrid... Vemos cómo la cultura de las cañitas sigue campando a sus anchas, cómo la publicidad de bebidas alcohólicas inunda nuestros espacios públicos y cómo se cierran los ojos ante ese impacto devastador que este tiene en la salud física y mental. ¿Veríamos, por ejemplo,

con buenos ojos tener un programa hacia jóvenes que recogiera una programación cultural dirigida a jóvenes que se llamara "Jornadas de Rivotril", de algún hipnosedante, o "Sesión Porrera"? Parecería una locura, ¿no? Sin embargo, no pasa nada desde la Comunidad de Madrid cuando tenemos una programación de conciertos dirigidos a la juventud que se llama Sesión Vermú. Lo que deja claro es la banalización y promoción de la droga que más problemas sociales y de salud genera -lo hemos visto en las anteriores comparencias-, y que en los estudios realizados es la droga que más muertes tiene a su nombre. Es la droga que más promueve y más induce la Comunidad de Madrid. ¿Cómo cree que condiciona el consumo de alcohol el rendimiento educativo y laboral? ¿O por qué el alcohol, siendo una de las drogas más consumidas, con mayor impacto sanitario y social, sigue estando tan normalizado y promocionado dentro de nuestra región?

También, ¿qué perfiles sociales son los que más observa entre las personas con drogadicción? ¿Cree que entre las personas que consumen drogas existen diferentes perfiles sociales y que estos diferentes perfiles sociales también hacen diferente el impacto social que enfrentan estas personas?

Creo que es imprescindible dotar a nuestros centros de salud, a nuestros servicios sociales, a los centros de CTA -como ha dicho antes- y a nuestras unidades de atención a las adicciones de los recursos necesarios para ofrecer una atención integral de calidad. ¿Cree que esta es así o no? También, por supuesto, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores que puedan acompañar a nuestros jóvenes y a sus familias en un proceso de recuperación, sin juicios y con la dignidad que merecen.

En definitiva, el problema de las drogas no es un problema de moral: es un problema de salud pública y de justicia social, y creemos que hablar de los determinantes sociales que afectan y cómo afectan a ciertas personas es importante para saber cómo atajar mejor a todas las personas y cómo poder legislar correctamente. Muchísimas gracias y espero pueda responder.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Por el Grupo Parlamentario Popular, señora Pasarón, dispone usted de cinco minutos.

La Sra. **PASARÓN GONZÁLEZ**: Gracias, presidente. Buenas tardes, señora Sánchez; gracias por su intervención. Lo primero, en el Grupo Popular somos muy conscientes de que el problema de la droga es dramático, lo es para la persona y lo es para la sociedad, que es de lo que veníamos a hablar hoy, por las consecuencias en la salud mental, en el desarrollo de enfermedades como la esquizofrenia, porque lleva a marginalidades, a delincuencia, a depresiones, y de eso es muy difícil salir, si es que se sale, y es más dramático aún en la adolescencia. Se lo comento porque he revisado su tesis doctoral, su tesis doctoral sobre ajustes socioemocionales en los adolescentes, y me gustaría, además de preguntarle sobre lo que ha comentado en su intervención, hacerle algunas preguntas sobre las relaciones de las drogas con los adolescentes.

Estamos hablando de jóvenes y de adolescentes de todos los estratos de la sociedad. Se podría pensar que esto es un problema que afecta a las partes más marginales de la sociedad, pero creo que no hay nada más lejos de la realidad. Por supuesto que el daño que producen las drogas

puede acabar siendo más severo en aquellas personas más susceptibles de acabar en la marginalidad y en la delincuencia, pero son todas ellas vidas destrozadas casi cuando tenían que empezar. Por eso queremos centrar todos nuestros esfuerzos en protegerles.

Creemos que para la juventud no solo hay que prevenir el consumo de drogas, sino que también hay que ofrecer alternativas saludables y un apoyo integral a quienes necesitan nuestra ayuda, porque sabemos que generan un sufrimiento constante para ellos mismos y para sus familiares y amigos. Hay muchas personas que quieren salir de esta trampa y todas necesitan nuestra ayuda. Mire, ha hablado usted del problema de los hipnosedantes en su intervención y, en primer lugar, le pregunto por una cuestión sobre estas sustancias, que es la disponibilidad de las mismas. ¿Cree usted que la disponibilidad favorece el consumo de estas sustancias? ¿Podría, en este caso, favorecer el consumo de cannabis, si se legalizara, al aumentar la disponibilidad? ¿Cree que la banalización del cannabis ayuda a que los adolescentes vean esta droga como algo bueno? ¿Esto puede estar relacionado con la edad cada vez más temprana de consumo?

Mire, en su tesis usted habla de la relación entre el consumo de cannabis y depresión en adolescentes, que también ha hecho mención aquí a la depresión. ¿Podría explicarnos mejor esto? Desde el Gobierno regional, además, se han puesto en marcha numerosas acciones en los colegios, que creo que es importante hablar de ellas; protocolos que también se imparten en los primeros cursos de la ESO en los colegios y en los institutos, figuras como las de los agentes tutores, servicios móviles de información sobre drogas. ¿Cómo valora estas medidas?

También le pregunto sobre la creación de una cátedra de I+D+i sobre la prevención de estupefacientes en las universidades. ¿Cree que esto, dentro del plan regional de la Comunidad de Madrid, y en la línea de lo que ha dicho el portavoz del PSOE, sería potenciar la investigación dentro de la universidad pública sobre las drogas? Por último, le quiero preguntar sobre el papel que tiene la familia en todo esto, porque lo explicó el anterior compareciente que trajo el PSOE y me parece muy importante. ¿Cómo podemos trabajar con las familias de adolescentes y en general de drogodependientes?

Bueno, habla usted de la patología dual también. ¿Cómo valora la nueva unidad para pacientes con trastorno mental adictivo dentro de la red asistencial de adicciones? Es que no le quiero tampoco abordar con tantas preguntas, perdóneme, pero, dentro de las medidas de asistencia también se ha puesto en marcha el servicio 012 contra las drogas y, si le da tiempo a valorarlo, pues me gustaría que lo hiciera. Por último, creo que es importante que hablemos también, ya que hoy esta sesión se dedicaba a las consecuencias sociales, de la perspectiva de la reinserción. Se han puesto en marcha desde la Comunidad de Madrid, en particular desde el plan regional, muchos itinerarios y planes de empleo específicos para personas en proceso de desintoxicación. ¿Cómo valora estas medidas y, sobre todo, qué otras nos propone para ayudar a la integración de personas en estas situaciones? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Pasarón. Para el cierre de esta iniciativa, por un tipo de máximo de diez minutos, tiene usted de nuevo la palabra.

La Sra. **PSICÓLOGA CLÍNICA DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES, PROFESORA ASOCIADA DE LA UCM EN EL MÁSTER DE PSICOFARMACOLOGÍA Y DROGAS DE ABUSO, PRÁCTICUM EN ADICCIONES** (Sánchez García): Voy a intentarlo, pero es complicadísimo resolver tantas dudas y tantas preguntas, ¡complicadísimo! En relación con la estigmatización, sí que es cierto que, a medida que nos hacemos mayores, está habiendo mucho problema con mujeres, cada vez más mayores, con una problemática de alcohol importante, con una problemática de juego importante. Es difícil que acudan a un centro de adicciones público, ¡idifilísimo! Hay mucho problema, mucho problema también con los hipnosedantes, con mujeres a partir de cierta edad, pero hay un estigma; entonces, vienen a un centro de adicciones. Entonces, es difícil el acceso. En adicciones comportamentales también está siendo difícil el acceso porque es un centro de adicciones; entonces, es difícil el acceso, la estigmatización, ¿no? Pero, bueno, se intenta. El tema del chemsex, etcétera.

En cuanto a lo de fuera de la red, no es que estemos fuera de la red, está la red asistencial de adicciones, la de toda la vida, pero estamos unidos ya toda la red, están las cuatro unidades hospitalarias con la red asistencial, pero es toda la red en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, es una única oficina. Sí que estamos coordinados, pero estamos empezando. Empezó en el 2022; con lo cual, estamos empezando. Hay una historia clínica que tiene que estar unificada, los profesionales tenemos obligación de estar coordinados; entonces, estamos en ello. Lo que pasa es que es difícil, porque tampoco lleva mucho tiempo, que lleva dos años. Entonces, estamos todos intentando coordinarnos de la mejor forma posible.

En cuanto a patología dual, que se preguntaba que, si va a un hospital, se trabaja el trastorno mental, y si va a un centro adictivo, se trabaja... Bueno, estamos coordinados; con lo cual, yo tengo pacientes ahora, que trabajo en un hospital, que sí que es cierto que van a los centros de adicciones, pero también tengo pacientes con los que yo trabajo, porque trabajo patología dual, trabajo el trastorno adictivo. Entonces, estamos intentando estar coordinados lo más que podemos. Faltan muchísimos profesionales; entonces, hacemos lo que buenamente podemos.

En cuanto a la investigación, pues hombre, yo estoy dentro de la facultad; entonces, la investigación dentro de la pública, importantísimo. ¿Por qué? Porque sí que revierte luego, evidentemente, a todos los programas. Ahora una de las últimas investigaciones que tenemos, junto con el 12 de Octubre, es el deterioro del alcohol con biomarcadores; entonces, con una simple analítica de sangre, se sabe el deterioro cognitivo que tienen las personas consumidoras de alcohol. Eso es muy importante luego en la práctica diaria, porque solo con rehabilitación cognitiva sería importantísimo.

También se ha hablado sobre qué tienen en común el trastorno adictivo con un trastorno mental. Pues estamos hablando de una serie de cosas que hay que trabajar a la vez; un tema de impulsividad, un tema de conducta compulsiva. Estamos hablando de la dificultad en controlar el impulso de la droga; la dificultad en el craving, el deseo imperioso de consumo. Entonces, claro, eso está muy unido al trastorno mental. Una persona con un trastorno de personalidad tiene mucha dificultad en controlar impulsos, controlar la ira, etcétera. Entonces, ya que trabajamos impulsividad, pues

trabajamos el impulso de la droga, el impulso de la ira, el impulso con la comida, con el atracón de comida.

No hablamos de uso recreativo de las drogas; es decir, cualquier persona que tiene un trastorno adictivo no tiene un uso recreativo de las drogas, tiene un trastorno adictivo. Pero un trastorno adictivo no significa que uno consuma diario, puede tener un atracón de bebida, que es la borrachera. Es decir, puede tener un consumo intenso en menos de dos horas de mucha cantidad de alcohol, que hay una cantidad determinada que hay que consumir, por así decirlo, por decirlo de alguna forma, y a partir de ahí, como tiene dificultad en parar, sí se considera un trastorno adictivo. Pero un trastorno adictivo no es solo una persona que consuma a diario, es una persona que tiene dificultad en parar, pero no es un uso recreativo. Son diferentes conceptos, por decirlo de alguna forma, aunque yo estoy hablando de la teoría, estoy hablando de la parte técnica exclusivamente.

En cuanto a diferentes grupos, no tenemos diferentes grupos de menores; es decir, todos los menores vienen a los centros de atención. Hay un centro específico de la Comunidad de Madrid, que es Los Mesejo, pero en todos los centros de adicciones también se atiende a menores, no tenemos grupos diferenciados; de hecho, familias marginales, no digo que no haya, por supuesto que hay familias marginales, pero hoy en día cualquier persona puede tener un problema adictivo, ¡cualquier persona!, un 15 o 20 por ciento son personas consumidoras, pues personas que se les tiene en mantenimiento con metadona, etcétera, población incluso un poquito más marginal, por así decirlo, o con un deterioro mucho más crónico, por así decirlo, pero es un 20 por ciento. La mayor parte de las personas que acuden a un centro de adicciones hoy en día yo siempre digo que son familias como todas las nuestras, por decirlo de alguna forma, no tenemos grupos, por así decirlo, porque el tratamiento ya he dicho que es individualizado, incluso con menores el tratamiento tiene que ser individualizado.

Las drogas que más se ven en los centros de adicciones son la cocaína y el tema del alcohol; son las dos drogas que más se ven. En menores, por supuesto, evidentemente, el cannabis. ¿Riesgo? Por supuesto, si el cerebro hasta los 21 años sigue creciendo, todo lo que sea introducir una sustancia tóxica en un cerebro que está creciendo es completamente dañino, ¡completamente dañino, por supuesto!

Yo no sé muy bien... En tasa de abandono, claro, con trastornos adictivos, tienen una tasa de abandono altísima; más que tasa de abandono, es recaída. La recaída forma parte del tratamiento, no son fracasos terapéuticos. Eso nos lo hemos tenido nosotros que meter en la cabeza mucho porque, claro, lo considerábamos fracaso, fracaso, fracaso, y es desmoralizante o desmotivante. La recaída forma parte de la intervención; las personas van a venir con un segundo episodio o con un tercer episodio, lo importante es que a lo largo de su vida cada vez tengan mayores periodos de abstinencia, pero no se considera la recaída un fracaso. Es decir, ¿que hay abandonos? Claro, para que una persona deje de consumir, tiene que tener conciencia completa de su problema de adicciones, y eso son muchos años de intervención, muchos años de intervención, ¡muchos!, como mínimo uno. Entonces, desde mi punto de vista, hay que dotar de mayor plantilla a todos los centros de adicciones.

En principio, yo creo que más o menos he contestado. El tema de hipnosedantes, yo trabajo en un hospital, y claro que están prescritos desde mis compañeros psiquiatras. Claro que están prescritos, sí que es cierto, pero el problema no es la prescripción; el problema de los hipnosedantes es el uso recreativo que muchas veces se hace de los hipnosedantes. He hablado del farming, ese tipo de fármacos, junto con el alcohol, evidentemente, estamos hablando de un problema importantísimo. ¿Dejan de prescribirse? Pues, hombre, es que son muy eficaces para determinados trastornos de ansiedad. Entonces, claro, hay que hacer una línea entre -lo he dicho al principio- el fármaco que se utiliza para una determinada patología y el fármaco que se está utilizando con un fin adictivo. Entonces, bueno, es complicado. Claro que hay muchos más tipos de fármacos y, cuanto más problema hay con los hipnosedantes o más problema hay con las benzodiacepinas, intentan mis compañeros prescribir otro tipo de medicación, pero sí que es cierto que cada vez está habiendo más problema, efectivamente, con los hipnosedantes. En principio, yo creo que ya estaría.

El Sr. **PRESIDENTE**: Le quedan tres minutos y algo todavía.

La Sra. **PSICÓLOGA CLÍNICA DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES, PROFESORA ASOCIADA DE LA UCM EN EL MÁSTER DE PSICOFARMACOLOGÍA Y DROGAS DE ABUSO, PRÁCTICUM EN ADICCIONES** (Sánchez García): ¿Tres minutos y algo?

El Sr. **PRESIDENTE**: Pero cuando usted decida acabar.

La Sra. **PSICÓLOGA CLÍNICA DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES, PROFESORA ASOCIADA DE LA UCM EN EL MÁSTER DE PSICOFARMACOLOGÍA Y DROGAS DE ABUSO, PRÁCTICUM EN ADICCIONES** (Sánchez García): Sobre Atención Primaria, hemos hablado de Atención Primaria. ¿Cómo se puede implementar? Bueno, pues están las intervenciones breves, que sí se hacen en Atención Primaria. Entonces, es una forma de intervención especializada también, muchas veces especializada, y bueno, son todas las técnicas que está habiendo hoy en día, son todos los programas que hay de intervención breve que se hacen desde los médicos; bueno, también hay psicólogos en Atención Primaria. Entonces, sí que se están implementando; de hecho, está el programa Frames y hay un montón de programas de intervención breve que sí que se están haciendo desde la Atención Primaria y están siendo bastante eficaces, y se reduce bastante la lista de espera, el acceso a los centros más especializados.

En cuanto al tema del alcohol, claro, es importantísimo. De hecho, por ejemplo, el límite bajo de riesgo del alcohol se ha cambiado también hace un par de años; una sola consumición de alcohol ya se considera un límite bajo de riesgo por el ministerio. Entonces, claro que se está dando mucha importancia y claro que se están bajando los límites en cuanto al consumo de alcohol.

Bueno, quizás, un poco comentar que sí que es muy importante -lo he dicho en la ponencia- que trabajemos diferentes profesionales, que trabajemos, a ser posible, las diferentes patologías que hay, que estemos especializados lo máximo que podamos para intentar reducir las listas de espera lo máximo que podamos, porque, aunque es cierto que tenemos obligación de hacer un diagnóstico en seis días, claro, el problema no es el diagnóstico, que cuando una persona viene con un trastorno a un

centro de adicciones es que el diagnóstico, sí que tenemos seis días para hacerlo, pero lo importante es la intervención. Estoy hablando de una intervención como mínimo de un año, en todos los niveles, la parte social, la parte educativa, la parte de rehabilitación cognitiva, la parte de aprendizaje de técnicas que le ayuden a controlar el craving, controlar el impulso; todo es muy importante.

Sobre el tema de familia, también me habéis preguntado. El tema de familia está dentro de la cartera de servicios de todos los centros de adicciones de la Comunidad de Madrid; el primero es el de la información; el segundo es la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento; el tercero es el seguimiento o no; y el cuarto es la intervención familiar. Intervención familiar que ya se ha visto que no solo es familia, sino personas de referencia. A veces no es nuestra madre, nuestro padre y no es nuestro hermano, pero tenemos al lado a personas de referencia. Entonces, ahí estaría dentro de la intervención familiar, que también se está haciendo. Bueno, he intentado responder un poco a todas las preguntas más o menos, uniendo unas con otras.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muy bien, muchísimas gracias. Finalizada la intervención, agradecemos a la señora Sánchez García su presencia en la sesión.

La Sra. **PSICÓLOGA CLÍNICA DEL HOSPITAL REY JUAN CARLOS DE MÓSTOLES, PROFESORA ASOCIADA DE LA UCM EN EL MÁSTER DE PSICOFARMACOLOGÍA Y DROGAS DE ABUSO, PRÁCTICUM EN ADICCIONES** (Sánchez García): Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: A usted. Pasamos a continuación al cuarto punto del orden del día.

C-723/2025 RGEF.9282. Comparecencia del Sr. D. José Cabrera y Foneiro, Psiquiatra y Médico Forense, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, con el siguiente objeto: ofrecer una visión experta y multidisciplinar sobre las implicaciones del consumo de drogas en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Damos la bienvenida a don José Cabrera; puede usted sentarse cuando quiera. Le informo que dispone usted de un tiempo de quince minutos para hacer su primera exposición; cuando quiera.

El Sr. **PSIQUIATRA Y MÉDICO FORENSE** (Cabrera y Foneiro): Me sobran trece, pero lo haré en quince. Gracias, señor presidente. Seré breve porque prácticamente a mi edad ya no creo en las palabras, solo en las conductas y en los hechos y las decisiones, pero a petición de un grupo político, el grupo Vox, estoy aquí sentado para reflexionar con ustedes respecto a la temática de las drogas en el momento actual. Yo soy prácticamente un dinosaurio en el mundo de las drogas, porque ya lo he vivido todo. Acabé la carrera de Medicina hace 46 años y la última vez que comparecí en esta Asamblea fue hace 25 años; algunos de los presidentes casi no habían nacido cuando comparecí aquí por última vez. Estuve cuatro años al cargo de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, por encargo en aquella época del presidente don Alberto Ruiz-Gallardón, del Grupo Popular, y estuve cuatro años en la

época en la cual las drogas eran un problema de primera categoría, que eran los años del plomo. Había mucho yonqui y mucha gente muy enferma. Era la época de La Rosilla, Jauja, Liebres, Las Barranquillas; a algunos de los presentes les sonará como parte de la historia de las drogas en la Comunidad de Madrid y a otros no, porque otros presentes aquí estaban conmigo en aquella época.

Bien, ya hace 46 años que acabé la carrera de Medicina, he sido médico forense, psiquiatra, médico militar, pa, pa, pa..., que el currículum está en cualquier sitio, y en esos cuatro años al frente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, pues bueno, se hicieron muchas cosas porque los tiempos eran muy duros. Prácticamente entramos con 5.000 plazas de metadona y yo cuando me fui casi teníamos 18.000 personas en metadona. Eso es algo impresionante. Lo recuerdo y fíjense ustedes que de esto hace 24 años. Bien, los tiempos cambian, el tejido social ha cambiado, la sociedad también ha cambiado, y seguimos en el ambiente con el asunto de la droga como un problema social. El asunto de la droga como un problema social va a persistir siempre, porque siempre existió y siempre existirá, porque la sustancia química está a nuestra disposición y las personas tenemos nuestras historias, nuestras debilidades, nuestros problemas, y mucha gente accede a las sustancias químicas como una forma de evasión, como algo sintomático para compensar problemas personales, etcétera.

Entonces, en este tiempo, como las cosas se han ido transmutando, ya no tenemos yonquis por las calles, no tenemos poblados enormes... Bueno, tenemos La Cañada, pero La Cañada es otra historia. Ahora las sustancias se han normalizado; es decir, están muy normalizadas en el tejido social. Yo tengo una consulta abierta de psiquiatría, pues soy psiquiatra clínico, y veo constantemente personas que vienen con problemas de cocaína, problemas de estimulantes, problema de cannabis también, lógicamente. Luego, un abuso de sustancias farmacológicas que están en las farmacias; es decir, se está consumiendo muchísima cantidad de psicofármacos. La gente quiere dormir, y para dormir, se toma una pastilla. La gente está triste, no depresiva, triste, y considera que la tristeza es una depresión y se toma un antidepresivo. Por lo tanto, estamos en un momento en el cual la sustancia química está muy metida en todas las clases sociales; ya no hay cuatro desgraciados que se pinchan heroína en una alcantarilla en La Barranquillas, lo que hay es una fiesta de alto nivel en un punto dado y a las 3:00 de la mañana aparecen unas bandejas con rayitas de cocaína. Eso existe y está en muchas partes.

El cannabis, el porro, el famoso cannabis, se ha infiltrado también en el tejido social. Los chavales jóvenes ahora parece que repuntan otra vez con el consumo de tabaco, y el tabaco está unido al cannabis, y bueno, un porrete, pim, pam, pum. No voy a entrar aquí en un debate científico ni técnico sobre lo que hace el porro, porque ya ustedes lo han leído y les han hablado, hay libros, documentales, textos, etcétera. Yo la verdad es que a veces pienso -y esta es una reflexión que hago en esta Cámara- que no sé qué es más grave para la salud mental si fumarse un porro o ver un programa de televisión, sinceramente, porque hay programas que son mortales para el cerebro, mientras que, bueno, si te fumas un canuto, te caes en el asiento allí, te duermes y al día siguiente te despiertas. Perdonen el tono un poco distendido, pero bueno, no estoy en un congreso médico, estoy en la Asamblea de Madrid.

Entonces, desde mi punto de vista, desde mi reflexión personal, respecto a lo que hoy tenemos entre las manos, pues ustedes, que son el Legislativo, tienen que operativizar disposiciones legales,

medidas, talleres, jornadas, lo que ustedes consideren, como Legislativo que son, para que el tema de la droga no ataque a lo más vulnerable de la sociedad, que es la gente joven. Porque a mí, que un señor, que es un broker de la bolsa o un ejecutivo de una multinacional, se ponga cocaína en su casa, me toca un pie, ¡a mí!, a ustedes a lo mejor no, porque es un tema muy personal que está en su casa, aunque ese señor tiene hijos y luego tiene amigos y tiene hermanos, y bueno, su conducta puede influir en otros. Pero a mí sí me preocupa mucho la vulnerabilidad de gente joven que está saliendo de la adolescencia, que está entrando en la vida y que está viendo que estas sustancias que hay por ahí, que están en la calle, están ahí como está el agua.

Por supuesto que no voy a entrar en el asunto del alcohol, que ustedes lo tendrán en mente. El alcohol, ya lo saben -no se lo voy a decir yo-, es una droga durísima, idurísima!, pero es un tema cultural. Está ahí, es cultural, y hay que atacar el tema del alcohol. ¿Cómo? Pues con medidas, etcétera. El tabaco, por supuesto, produce cáncer, hace daño, y también está ahí, y ustedes ya lo debatirán en otra. Pero la droga de abuso, por lo que se refiere al estupefaciente, en mi opinión lo más nuclear, lo más grave que podrían tener ustedes, como Legislativo que tiene que tomar decisiones, es proteger a la gente más vulnerable. Es decir, hay que proteger a un señor de 70 también, que son casi los años que tengo yo, y hay que proteger a un señor de 40, pero sobre todo hay que proteger a las franjas de edad que están empezando a ser personas, y tratar de enseñarles que hay un riesgo cuando se asume el consumo de sustancias. Pueden ser light, entre comillas, cannabis, no tan light, y pueden ser más duras, como metanfetaminas, éxtasis y sustancias de estas, o las nuevas moléculas químicas que están ahora en algunos ambientes, como la mefedrona, sustancias químicas, sales de baño, o como el popper, el nitrito de amilo... Hay un mundo de historias, un mundo químico que ustedes deberían estudiar un poquito, porque no voy a dar aquí un ladrillo del cuarenta para que ustedes se mareen en los asientos, pero sí que esta gente joven, estos chavales de 15, 16, 17, 18 años, que están empezando a vivir, tienen que saber que es un riesgo jugar con las sustancias químicas, que se puede vivir, se puede querer, se puede amar, se puede bailar, se puede divertirse uno en la vida sin necesidad de esas sustancias, porque se ha normalizado el consumo de estas sustancias, ¡se han normalizado! Está metido en el tejido; es decir, un chaval de 16 se reúne con otro grupo y tal, bueno, un porrete... Bueno, ¡no es para tanto! Hombre, efectivamente, si das una calada a un porro, no se te cae el pito al suelo, claro, como nos contaban antaño en los programas de prevención de hace 30 años. Se planteaba en esta comunidad que, si fumabas porros o si te masturbas, se te reblandece la médula espinal. Bueno, pues esas son cosas de otra época. Ahora ya somos mayores y ya sabemos que la vida es otra. Yo, como médico forense, después de quinientas autopsias, pues ya no tengo ganas de bromas ni de historias.

Entonces, insisto en que mi reflexión para ustedes, que han oído a muchas personas y oirán a otras tantas, que leerán y se reunirán en sus talleres técnicos o políticos, o como sean, para mí, deberían poner el acento fundamental en generar una disposición legal que proteja a la población más vulnerable, ¡a la población más vulnerable!, poniendo con nombre y apellidos las cosas como son; es decir, no engañando ni diciendo "esto es horroroso" Es decir, es horroroso que me caiga una maceta en la cabeza porque me mata; es preferible fumarse un porro a que te caiga una maceta de porros en la cabeza, que te ha caído de un balcón, lógicamente. Pero conviene que sepamos que no se puede banalizar esto de las sustancias de abuso, ¡no se puede banalizar! Es decir, es necesario para proteger

a esa franja vulnerable establecer disposiciones legales donde se ponga cada nombre: el cannabis hace esto, puede generar psicosis, puede desestabilizar personas, te das un cebollazo en la moto, si te fumas tres porros, y si te fumas cuatro, hablas con Jesucristo, claro, evidentemente. O sea, es cuestión de niveles de sustancias tóxicas. Bueno, ya uno tiene mucha mili como para andarse con bagajes y con películas.

Entonces, yo quisiera dejarles a ustedes encima de la mesa, sin ánimo de ningún tipo, que yo estoy aquí citado por un grupo político, pero aquí hay otros grupos políticos... Yo me he peleado con todos, por supuesto, porque soy así de naturaleza. Entonces, lo que quisiera transmitirles es que deben ustedes unirse, hacer pactos políticos para que las cosas vayan lo mejor posible en la protección a las personas que deben ser protegidas. Yo me acuerdo que hace veintitantos años, cuando abrimos la famosa narcosala, dispositivo de venopunción, se pactó; todos los grupos políticos pactaron aquello. Aquello fue... Nos peleamos con todo el mundo, con el presidente del Gobierno, con el alcalde de Madrid, con la JIFE, ¡con todo el mundo!, pero funcionó, ¡funcionó! Pero ahora ya no se trata de poner narcosalas en Logroño; ahora se trata de que haya una legislación en la Comunidad de Madrid que proteja, ¡que proteja!, que no sea ni muy alarmista ni sea banalizadora. No podemos banalizar las sustancias químicas, ¡no podemos!, no podemos. Porque además los chavales jóvenes ven lo que hacemos los mayores, y si tú, que eres mayor, te chutas dos pastillas para dormir y un cubata, porque no aguantas a tu marido, pues el chaval joven beberá y tomará pastillas, y creará que eso es lo normal. Ahí es donde yo voy. Yo considero, desde mi punto de vista de experiencia personal, ¡que tengo bastante!, que lo que deben hacer ustedes es pactar legislaciones contundentes.

¿Las drogas no son lo más importante en este momento en el mundo? Pues probablemente no. Hay injusticias, hay guerras, hay paro, hay muchas cosas que ustedes conocen igual que yo, o mejor, porque están metidos en el mundo político, pero no se puede abandonar el tema de que la sustancia de abuso está ahí. Hace mucho daño, ¡mucho daño!, y hace más daño a aquellos que son más blanditos, que son más inocentes y que tienen menos miedo a las cosas. Un cachorro casi no tiene miedo; si a un cachorro le das una sustancia, la tomará, aunque solo sea por probarla. Entonces, desde mi perspectiva, yo, francamente, amén de las preguntas que ustedes me hagan ahora, les instaría a que pactaran, igual que se pactan los medios de comunicación, que a veces pactan cosas; entonces, que pactaran dispositivos legales que pongan a la droga en su lugar, la droga, el alcohol, el tabaco, las sustancias químicas, ¡todo es su lugar! ¿Para qué? Para que la población, sobre todo la gente más joven, entienda que es un tema grave, que no se puede jugar con las sustancias químicas, que se puede vivir muy feliz, muy contento, bailar mucho, divertirse mucho y estudiar sin sustancias químicas; no es necesario para ligar chutarse un éxtasis; no es necesario para contar chistes esnifar una raya de cocaína. Pero esto va dirigido a esa población; a un señor de 57 años que se pone ciego de cocaína, yo solo le puedo dar una palmada en la espalda y decir: chaval, lo siento por ti. Eso es todo, señor presidente. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Cabrera. Seguidamente damos paso a los representantes de los grupos parlamentarios y, en primer lugar, tiene la palabra el Grupo Parlamentario

Vox. Señor Arias Moreno, dispone usted de cinco minutos. (La Sra. **BARRERO ALBA**: *No, presidente, Raquel Barrero.*) (El Sr. **ARIAS MORENO**: *Hemos hecho un cambio.*).

La Sra. **BARRERO ALBA**: Sí. Bueno, muchas gracias, doctor Cabrera, por haber aceptado venir aquí como experto para ilustrarnos con su experiencia, no solo como psiquiatra clínico, como psiquiatra forense, como director general que ha sido de la Agencia Antidroga, como ha sido jefe de Servicio de Drogas del Instituto Nacional de Toxicología, o como es también en la actualidad representante de España en el Observatorio Europeo de Drogas, entre otros. (*Rumores.*) Ya pasó, ahora es otra cosa. (El Sr. **CABRERA Y FONEIRO**: *A mi edad ha pasado todo.*) Bueno, el caso es que creo que es una voz autorizada también por lo que estaba comentando de la famosa crisis de los ochenta, que algunos también vimos aquellos retazos y ahora, evidentemente, el escenario ha cambiado muchísimo. Ha cambiado tanto que ahora ha dejado de generar alarma, esa alarma que nos provocaba el encontrar gente tirada en el metro, en la calle, con la jeringuilla, o los levantamientos de cadáver que hemos hecho, en los que encontrabas a la gente con la jeringuilla en el brazo. Ahora ya eso no existe y eso ha dado lugar a que la gente haya perdido el miedo, sobre todo ese miedo en los chavales, que yo estoy totalmente de acuerdo y en lo que no pararé de insistir, y ese contexto donde consumen muchos de los chavales, que es en las fiestas, los fines de semana; para divertirme necesito ponerme, si no, no me divierto en la fiesta, en el botellón, etcétera.

Pero yo creo que la responsabilidad es de todos, incluidos los políticos, porque ha habido un discurso -ya no solo es lo que se ve- de normalización pensando que estos consumos de fin de semana no son problemáticos, y según mi criterio -y por ahí le voy a preguntar-, creo que ha habido una normalización en la política, ha habido una normalización en el ámbito jurídico, ha habido una normalización como fenómeno amenazante, que no parece que sea tanto en el ámbito de la salud, y una normalización sociocultural. Su programa en la Agencia Antidroga tuvo un gran éxito y yo sé que no estuvo exento de críticas al principio. Por eso sí le quería preguntar una cosa: la valoración de esa antigua agencia y qué diferencia existe con la actual, ¿qué motiva el cambio?, ese cambio en el tipo de consumo o qué considera que se puede cambiar, qué considera que se puede hacer desde el ámbito político para tener el éxito que tuvo en su momento la Agencia Antidroga que usted dirigió.

Ahora paso al tema de la normalización, con otra pregunta: ¿qué factores ideológicos y de política social han podido influir, a su criterio, para considerar que este consumo en estos contextos se haya normalizado, ese contexto de fiesta?

A mí también me gustaría saber, según su experiencia, porque estamos tratando hoy el tema social, que dentro del tema social está el tema de la inseguridad ciudadana y la relación del consumo de drogas con el delito, qué relación existe entre este consumo con los delitos que crean gran alarma social, que son las agresiones sexuales y la violencia en el ámbito familiar, si considera que hay una relación.

Por último, la normalización jurídica. Me estoy refiriendo fundamentalmente a que, en los casos en los que una persona consume sustancias, hay unas alternativas al ingreso en prisión, una

medida, que es ponerse en tratamiento en un centro de deshabituación de drogas. ¿Considera que nos podemos encontrar con un escenario en el que -yo creo que la anterior compareciente lo ha dicho- una recaída no significa un fallo en el programa, un consumo, y por tanto una recaída no lleva aparejado la suspensión de la medida? ¿Nos podríamos encontrar que estas medidas al final no son más que un trámite y realmente no existe motivación al cambio de las personas que están sujetas a estos programas? Eso es todo. Muchas gracias. (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Siguen interviniendo ahora los grupos. (El Sr. **CABRERA Y FONEIRO**: *Ah, perdón.*) Muchas gracias. Es el turno ahora del Grupo Parlamentario Socialista; señora Barahona, tiene usted la palabra por cinco minutos.

La Sra. **BARAHONA NORIEGA**: Gracias, presidente. En primer lugar, me gustaría darle las gracias al señor Cabrera por su presencia en esta comisión y por la exposición que nos ha hecho. Permítanme comenzar recordando que, cuando hablamos de drogas, hablamos de personas y hablamos de salud pública. Desde nuestro grupo, tenemos claro que el camino para abordar esta problemática no puede ser la simplificación ni el punitivismo populista. La Comunidad de Madrid necesita inversión en prevención, en educación y, desde luego, en políticas públicas que prioricen la salud mental, principalmente en la población más joven.

Con los datos que hemos podido conocer, tanto por la encuesta Edades como la Estudes, el consumo de cannabis se ha reducido y, sin embargo, el consumo diario de alcohol ha aumentado exponencialmente. Me ha sorprendido que en su intervención inicial lo trate como algo cultural, a pesar de que luego sí ha hablado de la gravedad. Y estoy de acuerdo con usted en que lo necesario sería pactar, pero no solo en esto, sino en muchos temas; pero, como verá usted, es imposible, porque en esta comisión se intenta basar las drogas como un debate ideológico, culpando a algunas drogas, como puede ser el cannabis, y banalizando otras, como el alcohol, por ejemplo. Es por eso que no podemos abordar el consumo de drogas pasando por alto el consumo de tabaco y de alcohol en la Comunidad de Madrid; aunque, desde luego, si vamos a abordar este tema estigmatizando a la juventud, caeremos en un grave error.

Como ha mencionado, un problema alarmante es el uso de los hipnosedantes con y sin receta entre la población más joven, pero lo realmente preocupante es que no atajemos este problema desde la raíz, y es que muchos jóvenes recurren a estas sustancias como una forma de lidiar con el estrés y la ansiedad, especialmente en un contexto donde se enfrentan a un sistema educativo encorsetado, a un ritmo de vida que les atropella, a una precariedad laboral y, sobre todo, a una falta de acceso a la vivienda que les hace tener en vilo sus proyectos vitales; y si a esto le sumamos una insuficiente atención a su salud mental, además de su estigmatización, tenemos el completo. Y aquí me gustaría preguntarle su opinión como psiquiatra sobre cómo cree que se debería abordar el uso de hipnosedantes en los menores.

Otra pregunta que me gustaría hacerle es si considera suficientes las políticas actuales para abordar la salud mental, sobre todo en los adolescentes en la Comunidad de Madrid. Además, como

miembro que fue de la Agencia Española del Medicamento, me gustaría preguntarle su opinión sobre el uso del cannabis terapéutico y también me gustaría saber su opinión sobre el estado de los CAID, si están suficientemente preparados los sistemas públicos de salud para abordar las adicciones desde un enfoque multidisciplinar.

También me gustaría preguntarle por la estigmatización del consumo de drogas, si existen diferencias significativas entre el perfil de los pacientes que acuden por adicción al cannabis como si es por otras sustancias, como pueda ser el alcohol o la cocaína. Por último, también me gustaría preguntarle qué papel deberían tener las familias en el proceso de rehabilitación de un paciente con adicciones. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Gracias, señora Barahona. Turno del Grupo Parlamentario Más Madrid; señora Marta Carmona, tiene usted cinco minutos.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidente. Gracias al señor Cabrera, al compareciente. Como ha empezado diciendo lo de que creen en los hechos y no en las palabras, permítame citar a un compañero nuestro, psiquiatra también, como usted y como yo, con eso de "es el mundo de las palabras el que crea el mundo de las cosas", que reconocerá, imagino.

Creo que ha explicado superbién -y es muy de encomiar- la diferencia entre consumidor y consumidor vulnerable. En efecto, no es en absoluto igual que un señor de 57 años consuma cocaína, que lo haga un chaval de 13 años, por el efecto que tiene en su desarrollo, por el impacto que tiene en su entorno y por un montón de cosas, desde lo más biológico a lo más social; la configuración del psiquismo es claramente diferente. Eso es para nosotros el gran argumento para cuestionar el modelo prohibicionista respecto al cannabis, porque, si bien el modelo prohibicionista ha conseguido que en los últimos 20 años se disminuya o se reduzca la mitad el consumo global de cannabis, el modelo prohibicionista hace que los adolescentes tengan muy, muy accesible el cannabis, porque, como el mercado está entregado a narcotraficantes y menuderos, y ellos no respetan los límites inferiores de consumo, pues precisamente ese es el problema; este modelo lo hace muy accesible para los adolescentes, y de ahí nuestra propuesta de que se estudie qué impacto tendría en nuestro contexto medidas como las de Colorado, que han conseguido precisamente, al legalizar el cannabis, regular y disminuir muy drásticamente el consumo en menores.

Decía usted que el alcohol, siendo una droga muy dañina, tiene un factor cultural y lleva toda la razón, la cuestión es que el cannabis también tiene un factor cultural en Occidente y en nuestro contexto social el cannabis lleva presente mucho tiempo. De Baudelaire en El Spleen de París a Sánchez Dragó contando que se fumaba dos o tres porros todas las noches, el cannabis es un elemento de nuestro medio cultural. Y hacer como que eso no pasa, negarlo y que los políticos hagamos como que eso no pasa no es un abordaje serio y maduro y no es un lugar desde el cual trazar buenas políticas públicas. Aquí la gran diferencia es que el alcohol es una sustancia legal que tiene promoción institucional, pero una regulación de su consumo. Y nosotros planteamos que ningún tóxico debería

tener promoción institucional y que hay que estudiar si esa regulación de consumo funcionaría o no con el cannabis.

Creo que el pacto del que habla de los políticos es necesario, lo tenemos que hacer. Las narcosalas son un extraordinario ejemplo de buena práctica; fue una muy buena medida que era extraordinariamente necesaria en ese momento, que fue polémica, y el Gobierno del Partido Popular que la puso en marcha lo hizo bien, y creo que esto es algo que hay que encomiar y señalar todas las veces. Pero eso choca diametralmente con la postura actual. Por ejemplo, la consejera de Sanidad ha sacado en el pleno de la Asamblea una guía de reducción de daños y la ha vilipendiado diciendo que eso era una barbaridad. Claro, esa es la reducción de daños, lo que justifica la apertura de narcosalas. Eso fue una buena medida tomada desde la reducción de daños. Es muy difícil que alcancemos esos pactos en un contexto político en el cual resulta que la máxima autoridad sanitaria de la Comunidad de Madrid, la consejera de Sanidad, dice que la reducción de daños está mal.

Es como lo que hablábamos antes del nivel técnico de esta comisión y de circunscribirnos al discurso técnico. Yo estoy de acuerdo con que circunscribamos esta comisión a eso, pero tenemos que ser rigurosos. No puede ser, entonces, si vamos a hablar de discurso técnico, que digamos que no existen los consumidores o los usuarios, que solo existen los adictos, porque eso no es rigor y eso no es técnico; eso no es discurso técnico, eso es moralina disfrazada de discurso técnico y el problema de las moralinas disfrazadas de discurso técnico es que dificultan mucho la intervención. Y esto seguro que lo ha visto el señor Cabrera a lo largo de su vida profesional, pese a que la evidencia es aplastante respecto a la idoneidad de dar metadona a las embarazadas que tengan indicación de ella. Ha habido siempre unas resistencias enormes, porque estas moralinas disfrazadas de rigor hacían que incluso médicos en ejercicio dijeran: "¿cómo vamos a darle metadona a una embarazada!", haciendo una clara dejación de funciones y haciendo mal su trabajo. Porque el problema de cuando se junta la moralina y el abordaje de realidades que, a lo mejor, desde la política no nos gustan, como que haya embarazadas que han consumido heroína y pueden necesitar metadona, lo que hace esa moralina es que, primero, tomemos malas decisiones a nivel de política pública y que, luego, en la traducción clínica y social diaria haya problemas y la ciencia y la verdad no se puedan imponer. Entonces, en ese sentido, esta comisión, si quiere ser técnica, tiene que ser rigurosa y no se pueden decir cosas como que el cannabis cause esquizofrenia, porque en la causa de la esquizofrenia el modelo que se utiliza es el de diátesis-estrés. Se puede hablar del cannabis como disparador, pero no como causa. Si queremos ser técnicos, tenemos que ser rigurosos.

Creo que usted ha definido también muy bien esta idea de que la comunicación de riesgos tiene que ser comedida y proporcional, porque, si no, estamos en esto de..., creo que el ejemplo que ha puesto es lo de: si te masturbas, se te reblandece la médula espinal; que son discursos moralistas que escuchábamos hace años y que precisamente creo que ejemplifican por qué, ante los discursos alarmistas y catastrofistas, la reacción de la sociedad no es estar informada y no es saber. Entonces, esos adultos que hagan, correctamente informados, lo que quieran tienen que recibir una información seria; no tienen que recibir promoción de drogados, por supuesto que no, pero tampoco tienen que

recibir una información falseada acerca del daño que hacen los tóxicos. Y los consumidores vulnerables tienen que estar protegidos a toda costa.

Y ya por último le quería preguntar, en calidad de psiquiatra...

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando, por favor.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Termino, una frase nada más. Se habla mucho de la familia como agente protector y sin duda lo es, pero todos los psiquiatras sabemos que la familia puede ser un agente protector o puede ser un agente tremendamente causal y tremendamente dañino de problemas psíquicos. ¡Anda que no hemos visto violencia intrafamiliar, abusos sexuales intrafamiliares detrás de trastornos mentales o detrás de consumos! Entonces, si le da tiempo, me gustaría que hablara de esta idea de que la familia puede ser la institución que más cuida, puede ser la institución que más daña y puede ser las dos cosas a la vez. Entonces, los psiquiatras y las familias tenemos una relación peculiar, usted lo sabe, pues me gustaría que la pudiera desarrollar. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Marta Carmona. Tiene su turno el Grupo Parlamentario Popular; señor Núñez Huesca, dispone usted de cinco minutos.

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Gracias, presidente. Gracias, señor Cabrera, por comparecer en la Asamblea de Madrid. Mueve casi a la carcajada que desde la izquierda se denuncie el moralismo o el catastrofismo cuando llevamos casi veinte años de relatos moralistas en cómo proceder, en cómo ser, en cómo tratar, en cómo deberíamos... Hay una instrucción moral que opera en la cultura del entretenimiento y en las industrias culturales que la izquierda monopoliza y que es difícil sacudirse. También hay catastrofismo: el catastrofismo climático, el catastrofismo en todos los órdenes, que ha generado incluso una suerte de depresión climática precisamente por estos mensajes del miedo, del terror, de que prácticamente vamos a tener que despellejarnos la piel como consecuencia del Armagedón que se nos viene encima. De manera que ya digo que mueve a risa escuchar a la izquierda hablar de moralina, de moralismo y de catastrofismo.

Dice también la portavoz de Más Madrid, psiquiatra, que los psiquiatras sabemos; literal, sic: los psiquiatras sabemos. Si algo sabemos los que no somos psiquiatras es que en esta comisión han comparecido y han desfilado multitud de psiquiatras y las diferencias en algunos casos son notables y en otros las diferencias de criterios son bestiales. Yo he escuchado a Marta Carmona discrepar de casi todos los psiquiatras que han pasado por aquí, de manera que, en cuanto a lo de "los psiquiatras sabemos", no me parece que exista tal consenso, al menos por lo que yo he observado.

Respecto de la familia como factor protector, todos los estudios revelan..., y estuvo precediendo en el uso de la palabra al señor Cabrera el psiquiatra Celso Arango y hablaba precisamente de la familia como principal factor protector, sobre todo de cara a los niños. Y yo le pregunto si este incremento en los cuadros depresivos, en los cuadros de ansiedad e incluso en el suicidio, al que usted ha aludido en muchas ocasiones, de personas cada vez más jóvenes, casos desgarradores e inéditos, no tendrá que ver con haber precisamente abandonado unas formas de vida que protegían la fragilidad

del ser humano. Y estoy hablando precisamente de la crisis o de la crisis de los modelos familiares. ¿Esto podría tener una relación causa/efecto sobre estos cuadros depresivos, suicidios y el consecuente consumo de psicofármacos o de hipnosedantes?

Y, por último, yo soy publicitario de formación y hubo un eslogan que hizo fortuna felizmente en España en los años ochenta y noventa que fue "si bebes, no conduzcas". La Dirección General de Tráfico hizo públicos numerosos spots con un grandísimo éxito que concienciaban e hiperconcienciaban a la sociedad respecto del peligro del alcohol. Yo he visto incluso anuncios de cerveza en los años cincuenta y sesenta en los que se animaba a beber alcohol y cervezas a los niños. Por fortuna, el clima y las narrativas sociales han ido reduciendo cada vez más el consumo de alcohol y no digamos el del tabaco. Las narrativas culturales que tienen que ver con el tabaco han conseguido una reducción extraordinaria. Hoy, fumar es una excepción, cuando hace apenas cuarenta años era la norma. Y, sin embargo, nos encontramos con que respecto al cannabis operan narrativas sociales y culturales casi inversas. Se produce una frivolidad, una banalización, un blanqueamiento de esta droga que entiendo -y aquí viene mi pregunta- que estaría favoreciendo el consumo por parte de los jóvenes y de los niños, que son los que están, desde un punto de vista cognitivo, más desarmados frente a estos relatos tan atractivos; una suerte de cultura del porro que no solo no sería ofensiva, sino que sería casi divertida, estimulante, que es, ya digo, fruto de una determinada cultura política que lo estaría promoviendo e impulsando, de una manera absolutamente irresponsable, creo yo. Me gustaría saber su opinión, doctor Cabrera. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Huesca. Para cierre de la iniciativa, tiene usted un tiempo máximo de diez minutos y de nuevo la palabra, señor Cabrera.

El Sr. **PSIQUIATRA Y MÉDICO FORENSE** (Cabrera y Foneiro): Bien, como son muchas preguntas, prácticamente responderé con totales, como en la tele, que es más fácil y todo el mundo lo entiende. Iré respondiendo según me han preguntado y empezaré por el Grupo Vox.

La agencia de antes, nada que ver con la de hoy; la Agencia Antidroga de antes, nada que ver con la de hoy. Quiero decir que aquella era una época dura y hubo que hacer una agencia dura. Yo me acuerdo de que cuando inauguramos la narcosola, para que ustedes se hagan idea, había 39 cámaras de televisión de 18 países del mundo; o sea, solo como elemento para la historia, nada más. Eso está en los anales de la Asamblea de Madrid. Hoy, se ha desmantelado prácticamente la Agencia Antidroga; no desmantelada porque sí, se ha desmantelado porque han cambiado el tejido social, han cambiado las necesidades, etcétera, o ya no es necesario tener tantos metabuses, tantos isidrobuses, tanto radar, etcétera. Pero realmente no tiene nada que ver la Agencia Antidroga de mi época..., igual que la mili que yo hice no tiene nada que ver con la no mili de ahora. Evidentemente, yo creo que habría que poner un poquito más de orden en lo que hoy se llama..., no sé si se sigue llamando Agencia Antidroga. ¿Se sigue llamando así? (*Rumores.*) Ah, ¿no se llama así ya? ¿Se llama plan regional de la droga...? O, bueno, da igual, como se llame, si es lo mismo. Pero, vamos, ustedes me entienden.

Segunda cuestión. ¿La alarma social ha bajado? Claro que ha bajado, muchísimo; la alarma social ha bajado, ya no hay percepción del riesgo. No hay percepción del riesgo porque la cultura ha cambiado, el tejido social ha cambiado y, entonces, la gente hoy dice: bueno, la cocaína no es para tanto, si la toma un cantante famoso -no voy a decir quién, pero lo sé, y ustedes también lo saben-, pues, entonces, es que no es para tanto. ¿La alarma social ha bajado? Pues sí, ha bajado. ¿Y eso qué significa? Pues más riesgo. Entonces, es como la ruleta rusa, lo del revólver en el que solo hay una bala, te la pegas a la sien, disparas y ya. Y esa bajada de la alarma social ha hecho mucho daño, mucho daño.

Cambios en la legislación, que me lo han planteado ustedes. La legislación ha cambiado mucho, evidentemente. Este que aquí les habla participó en todas las comisiones, algunas de las cuales cambiaron el Código Penal, cuando yo estaba en la época del Instituto Nacional de Toxicología. Los artículos del Código Penal que hoy están en vigor respecto a, por ejemplo, la notoria importancia en los alijos de drogas, etcétera, los firmó este señor que está aquí. ¿La legislación ha cambiado? Quizá debería cambiar más. Para eso están ustedes. La legislación a nivel autonómico. La legislación a nivel nacional tendrá que ser otra, y ya veremos cómo, ya veremos cómo. Es decir, ¿que han cambiado muchas cosas? Sí, han cambiado muchas cosas, pero no podemos bajar la guardia y decir: aquí ya no pasa nada, aquí lo importante ahora son los okupas, el paro y Trump. No. El tema de la droga tiene que estar ahí, en la mente de ustedes. Yo ya estoy fuera de combate, estoy amortizado.

Segunda tanda de preguntas que se me han hecho. Se me ha planteado lo de los signos sedantes en menores y toda esta historia. Hoy se está abusando de la psicofarmacología de una manera bestial, ¡joder!, perdonen que les diga. Es decir, aquí, en cuanto uno está triste, se chuta un ISRS, ¡joder!, un antidepresivo. Y esto no puede ser. Si estás triste, te aguantas; si tu novio te ha dejado, te buscas otro, pero no puedes estar aquí chutándote pastillas cada dos por tres. Hay 5 millones de españoles tomando ansiolíticos, benzodiazepinas, hipnosedantes y la bomba.

Luego, menores. En menores, ahora, con esto del síndrome hiperactivo, que está de moda... Antes, el niño era un coñazo y ahora es un hiperactivo. Si el niño es un coñazo, pues se le da una toba. O no, ¡perdón!, sé que esto es inconstitucional. Pero se le reprende, ¡joder! ¿Vale? Se le reprende. Espero que todo esto quede grabado para, luego, la tele. Bien. Perdonen la broma. La cuestión aquí es que se está abusando de la farmacología, sí, y mucho. Eso es cuestión de los médicos, que están en una consulta con cuarenta pacientes y en cuanto entra la señora y dice: estoy muy triste, mi marido no me hace caso, pues, ¡pum!, antidepresivo. Esto no puede ser, no puede ser.

Otra cuestión que me han planteado es la salud mental en menores. Es un tema dramático. No hay especialidad, prácticamente, no hay psiquiatras infantiles. Se necesitan psiquiatras especializados en menores, porque un chaval de 12 años es otra vida, otro mundo, ¡otro mundo!, viven entre la magia y la realidad. Es fundamental que ustedes establezcan que la salud mental debe abrir un abanico a la salud mental en menores. Un menor se comporta diferente a nosotros; gracias a Dios, por cierto.

Cannabis terapéutico. Esta es la pregunta de siempre, señores. Ya me aburro de hablar de esto. Esto lo discutía yo con este que han citado ustedes, el de la virgen, este que fumaba porros. Yo esto lo he discutido mil veces con Antonio Escohotado, que en paz descanse, y nos reíamos mucho con el tema del cannabis terapéutico. La morfina está en las farmacias, la papaverina está en las farmacias, la codeína está en las farmacias, ¡y nadie se fuma la amapola! El cannabis tiene elementos terapéuticos, ¡claro que los tiene!, el DBD. El DBD funciona perfectamente bien, pero no hay que fumar canutos si hay DBD, porque ¿para qué voy a fumar 47 alcaloides si uno de esos está ya en las farmacias, o donde sea? Hoy, el cannabis, hay una circular que lo legaliza. Hay cultivos de cannabis que están legalizados, como los cultivos de la amapola blanca, de donde sacamos la morfina para el dolor. La morfina es una bendición de Dios, sobre todo para el que le duele un cáncer, es fundamental. Otra cosa es que luego llegue el fentanilo en Estados Unidos, todo eso que ustedes conocen. Esa es una película.

Adicciones. En el sistema público de salud las adicciones son una cenicienta. ¡Puf! Y ya esto lo peleábamos en nuestra época. Es decir, cuando tú vas a un centro de salud, si tienes al lado tres yonquis, te vas corriendo a tomar un café, no quieres tener en el centro de salud a tres yonquis sentados. Eso yo lo viví. Entonces, había redes paralelas. La adicción es una enfermedad, es un trastorno, ¡y hay que tratarlos en los centros de salud! ¿Qué ocurre? Que en el centro de salud está el abuelo, la embarazada, el niño. Bueno, pues habrá que ver cómo convencemos a la población para que acepte en los centros de salud que el adicto, la persona que tiene un problema de trastorno por adicción, esté ahí también sentado. Difícil es.

¿Hay perfiles especiales de consumidores? Pues sí, pero a mí esto de los perfiles me toca mucho un pie, porque aquí no hay un perfil de atracador de farmacias, un perfil de agresor sexual. Es decir, aquí, cada persona es un mundo. El tío que toma cannabis o esnifa cocaína pues sabrá por qué lo hace. Quiero decir, tendrá un problema. Unos lo hacen por complejos, otros, por enfermedad, otros, por vicio, pero vicio como te digo, vamos, al tío que le gusta porque le da gustirrinín, pues, oye, allá tú, igual que te tomas una longaniza en un bocata.

Luego, me han planteado preguntas los señores del Grupo Más Madrid... Ah, lo de la prohibición del cannabis. Yo siempre me acordaré de Saramago. ¿iCuándo vamos a legalizar las drogas!? Y Saramago, que de derechas no tenía nada, dijo: bueno, vale, legalizaremos las drogas cuando legalicemos el pan para todos. La legalización de la sustancia es casi imposible a nivel mundial, porque ¿qué legalizas, si cada quince días sale una molécula nueva? Este es un tema que excede a la comisión; si ustedes quieren, un día me dedico a hablar de ello.

Lo de la familia sí me ha llamado la atención. Me han planteado ustedes lo de la familia como agente protector. La familia, que se la inventó San Pablo..., ya lo saben ustedes, porque ustedes han leído, ¿verdad? Bueno, pues San Pablo, cuando organiza la Iglesia, estructura la familia, porque San Pedro era polígamo, a ver si nos enteramos. Entonces, ¿qué ocurre con la familia? La familia es el núcleo, para mí -yo soy un poco antiguo ya, lógicamente-, protector por excelencia. Es cierto que ahora hay familias monoparentales, familias gays, familias de todos los colores. De acuerdo. El grupo protege, la persona aislada está vulnerable. Entonces, la familia como agente protector, sí, es agente protector,

incluso con los cambios que la familia ha ido teniendo a lo largo de la vida, de las últimas evoluciones de los acontecimientos culturales. Para mí la familia es un agente protector, cierto. Evidentemente, si un padre es un cabronazo y la madre es una alcohólica, ese niño está hecho polvo, pues ¡qué le vamos a hacer! Hay 150.000 separaciones al año en España y 150.000 matrimonios. Así estamos, la cosa está estabilizada. Pero, evidentemente, la familia, para mí, es un agente protector por excelencia. ¿Ahora que hay familias que destrozan la vida de sus hijos? Sí. ¿Qué podemos hacer? Pues yo qué sé, no tengo respuesta a esa pregunta.

Y, finalmente, el señor del Partido Popular me ha planteado lo del suicidio, la depresión, la crisis de los modelos familiares, etcétera. Yo no soy solo psiquiatra, no, yo soy psiquiatra forense. Me he pasado toda la vida en la cárcel, no preso, sino viendo clientes. Tengo más amigos dentro de la cárcel que fuera. Con esto les doy a ustedes una idea de cómo está mi vida. Y soy médico forense, es decir, estoy con la muerte todo el día; o sea, no soy un metafísico, ni leo cuentos ni nada de eso. Entonces, hay aumento del número de suicidios, aumento del número de depresiones. Todos los años, 4.000 personas se quitan la vida. ¿Por qué? Yo sé que. Al Estado, que un señor se suicide le importa un pito; una pensión menos a pagar. Pero yo creo que habría que plantearse por qué la gente se suicida, por ejemplo, y creo que ustedes han establecido sistemas, hay teléfonos, etcétera, etcétera. Cuatro mil personas que se suicidan..., ¡puf!

Hay un tema muy interesante que ha planteado el señor del Partido Popular. No es lo mismo ser hijo de una familia de padres divorciados que se han divorciado bien que ser hijo de una familia de padres divorciados que se han divorciado a hostias; que ser hijo de una familia donde el hijo era huérfano porque se murió la madre; que ser hijo de una familia que... Bueno, no es lo mismo, no es lo mismo. Yo no puedo establecer aquí qué es lo más saludable. Yo doy gracias a Dios -porque todavía creo en Dios; debemos ser yo y cuatro o más los que creemos- porque mis padres eran dos personas estables que se quisieron toda la vida, y a mí me metieron en la cabeza que era posible querer a una persona toda su vida. Ya sé que este es un modelo antiguo, arcaico, incluso esperpéntico para algunas personas, pero no es lo mismo. Yo he visto huérfanos, he visto hijos de familias separadas a tortas que se han amargado la vida, y sus modelos de conducta han sido muy erráticos precisamente por eso.

El Sr. **PRESIDENTE**: Tiene que ir terminando, señor Cabrera.

El Sr. **PSIQUIATRA Y MÉDICO FORENSE** (Cabrera y Foneiro): ¿Ya? Pues acabé. Un momento, una cosa más, Lo de blanquear, que la izquierda ha blanqueado lo del cannabis y tal y cual, que esto no es peligroso, tal y cual, bueno, aquí, la izquierda, la derecha, el centro, adelante y atrás, como en La Yenka, cada cual, defiende su película y, bueno, pues muy bien. Desde luego, la sustancia química estupefaciente de adicción es dañina, y punto pelota, me da igual el partido que diga lo que diga. Es decir que la izquierda tiene como bandera el progresismo y que el cannabis tal y cual. Con el porro no se va a ninguna parte. El que es tonto del culo, si se fuma un porro, sigue siendo tonto del culo, y si un señor no sabe pintar y toma un LSD, sigue sin saber pintar, salvo Dalí, que era un pintor genial y, luego, se tomaba un poquito de mescalina y entonces pintaba un elefante con las patas largas. Muchas gracias, señor presidente.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Cabrera por su intervención. Finalizada la intervención, agradecemos al señor Cabrera su presencia en la sesión y abrimos el quinto punto del orden del día.

———— **RUEGOS Y PREGUNTAS.** ————

(Pausa.) Finalizado el orden del día, en virtud del artículo 109 del Reglamento de la Asamblea, se levanta la sesión.

(Se levanta la sesión a las 13 horas y 40 minutos).

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PARLAMENTARIA

SERVICIO DE PUBLICACIONES

Plaza de la Asamblea de Madrid, 1 - 28018-Madrid

Web: www.asambleamadrid.es

e-mail: publicaciones@asambleamadrid.es



Depósito legal: M. 19.464-1983 - ISSN 2660-8219

Asamblea de Madrid