

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



Número 558

23 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 lunes 23 de junio de 2025

ORDEN DEL DÍA

1.- C-739/2025 RGE.9419. Comparecencia del Sr. D. Jorge del Romero Guerrero, director médico del Centro Sanitario Sandoval (Madrid), y miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades de Transmisión Sexual (GEITS) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc), a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre la práctica del "Chemsex" (uso de drogas psicoactivas en las relaciones sexuales) y su incidencia sobre la situación de las ITS 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-817/2025 RGE.10757. Comparecencia del Sr. D. Iván Zaro Rosado, trabajador social, cofundador y directivo de Imagina MÁS (ONG de salud sexual, diversidad e igualdad), experto en atención a personas con VIH y a personas usuarias de drogas en contextos de chemsex, 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-841/2025 RGE.11058. Comparecencia del Sr. D. Paule González-Recio, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, investigador en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III – ISCIII, en áreas de Epidemiología y Salud Pública, consumo de sustancias y la salud pública en poblaciones vulnerables, en calidad de experto, 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 Tercera de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).

4.- C-793/2025 RGE.10552. Comparecencia del Sr. D. José Luis Carrasco Perera, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense y del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, con el siguiente objeto: exponer el impacto del consumo de drogas en la aparición y evolución de los trastornos de la personalidad 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 4 minutos. | 25440 |
| - Intervienen el Sr. Arias Moreno, el Sr. Marcano Dasilva y la Sra. Carmona Osorio comunicando las sustituciones en sus grupos..... | 25440 |
| — C-739/2025 RGE.9419. Comparecencia del Sr. D. Jorge del Romero Guerrero, director médico del Centro Sanitario Sandoval (Madrid), y miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades de Transmisión Sexual (GEITS) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc), a petición del Grupo Parlamentario Popular, | |

| | |
|--|-------------|
| con el siguiente objeto: informar sobre la práctica del “Chemsex” (uso de drogas psicoactivas en las relaciones sexuales) y su incidencia sobre la situación de las ITS 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)..... | 25440 |
| - Exposición del Sr. Del Romero Guerrero, director médico del Centro Sanitario Sandoval y miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades de Transmisión Sexual de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología..... | 25440-25445 |
| - Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Núñez Huesca, el Sr. Arias Moreno, la Sra. Barahona Noriega y la Sra. González Gómez. | 25445-25451 |
| - Interviene el Sr. Del Romero Guerrero, dando respuesta a los señores portavoces. . | 25451-25454 |
| — C-817/2025 RGEF.10757. Comparecencia del Sr. D. Iván Zaro Rosado, trabajador social, cofundador y directivo de Imagina MÁS (ONG de salud sexual, diversidad e igualdad), experto en atención a personas con VIH y a personas usuarias de drogas en contextos de chemsex, 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)..... | 25454 |
| - Exposición del Sr. Zaro Rosado, trabajador social, cofundador y directivo de Imagina Más (ONG de salud sexual, diversidad e igualdad), experto en atención a personas con VIH y a personas usuarias de drogas en contextos de chemsex. | 25454-25458 |
| - Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. González Gómez, la Sra. Barrero Alba, el Sr. Marcano Dasilva y la Sra. Pasarón González..... | 25459-25464 |
| - Interviene el Sr. Zaro Rosado, dando respuesta a los señores portavoces. | 25464-25466 |
| - Se suspende la sesión a las 11 horas y 43 minutos. | 25466 |
| - Se reanuda la sesión a las 12 horas y 2 minutos..... | 25466 |
| — C-841/2025 RGEF.11058. Comparecencia del Sr. D. Paule González-Recio, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, investigador en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III – ISCIII, en áreas de Epidemiología y Salud Pública, consumo de sustancias y la salud pública en poblaciones vulnerables, en calidad de experto, 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 Tercera de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión). | 25466 |
| - Exposición del Sr. González Recio, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública e investigador en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III en áreas de epidemiología y salud pública, consumo de sustancias y la salud pública en poblaciones vulnerables. | 25466-25471 |
| - Intervienen, en turno de portavoces, el Sr. Marcano Dasilva, la Sra. Barrero Alba, la Sra. Carmona Osorio y el Sr. Núñez Huesca. | 25471-25476 |
| - Interviene el Sr. González Recio, dando respuesta a los señores portavoces. | 25476-25479 |
| — C-793/2025 RGEP.10552. Comparecencia del Sr. D. José Luis Carrasco Perera, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense y del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, con el siguiente objeto: exponer el impacto del consumo de drogas en la aparición y evolución de los trastornos de la personalidad en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea). | 25479 |
| - Exposición del Sr. Carrasco Perera, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense y doctor del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. | 25479-25483 |
| - Intervienen, en turno de portavoces, la Sra. Barrero Alba, la Sra. Bonmati García, la Sra. Carmona Osorio y la Sra. Pasarón González. | 25483-25489 |
| - Interviene el Sr. Carrasco Perera, dando respuesta a los señores portavoces. | 25489-25494 |
| — Ruegos y preguntas. | 25495 |
| - Intervienen la Sra. Carmona Osorio, la Sra. González Gómez, el Sr. Núñez Huesca, el Sr. Marcano Dasilva y la Sra. Barrero Alba. | 25495-25496 |
| - Se levanta la sesión a las 13 horas y 44 minutos. | 25496 |

(Se abre la sesión a las 10 horas y 4 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Buenos días, señorías. Damos comienzo a la sesión de la Comisión de Estudio para abordar el impacto de las drogas en la Comunidad de Madrid. Como cuestión preliminar primera ruego a los grupos que comuniquen si tienen alguna sustitución. ¿Por el Grupo Parlamentario Vox en Madrid?

El Sr. **ARIAS MORENO**: Buenos días, señor presidente. La primera intervención la hará el señor Arias Moreno, la segunda la hará la señora Barrero Alba, la tercera la señora González Moreno y la cuarta la señora Barrero Alba.

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

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

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿Por el Grupo Parlamentario Más Madrid?

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Sí, Jimena González sustituye a Samuel Escudero; ella sustanciará las dos primeras comparecencias y yo la tercera y la cuarta.

El Sr. **PRESIDENTE**: ¿Por el Grupo Parlamentario Popular?

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Buenos días, presidente. Ninguna sustitución.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muy bien. Pasamos al primer punto del orden del día.

C-739/2025 RGE.9419. Comparecencia del Sr. D. Jorge del Romero Guerrero, director médico del Centro Sanitario Sandoval (Madrid), y miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades de Transmisión Sexual (GEITS) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc), a petición del Grupo Parlamentario Popular, con el siguiente objeto: informar sobre la práctica del "Chemsex" (uso de drogas psicoactivas en las relaciones sexuales) y su incidencia sobre la situación de las ITS 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).

Señor Jorge del Romero, puede usted tomar asiento cuando quiera. *(Pausa.)* Bienvenido. Le corresponde al compareciente un turno inicial de quince minutos; posteriormente, los portavoces, cinco minutos, y una intervención final del compareciente por tiempo de diez minutos. Señor don Jorge del Romero, dispone usted de quince minutos para su intervención; puede comenzar.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO SANITARIO SANDOVAL Y MIEMBRO DEL GRUPO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA SOCIEDAD**

ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA (Del Romero Guerrero): Buenos días. Muchas gracias a la comisión y a los grupos aquí reunidos. Yo no estoy acostumbrado a hablar a políticos. Soy médico asistencial, muy médico, muy muy; entonces, si alguna vez digo algo inconveniente o no me dirijo a ustedes de forma adecuada, les ruego que me disculpen. Eso no quiere decir que no esté muy vinculado a mi trabajo y, por supuesto, a trabajar en un centro como el Centro Sanitario Sandoval, de la Comunidad de Madrid, donde llevo toda la vida.

Quería hacer un breve resumen. Sé que tengo poco tiempo. Primero quería mostrarles unos datos epidemiológicos para ver cómo va el tema del que vamos a hablar: el incremento de las infecciones de transmisión sexual y qué factores se asocian, en parte, a ese incremento. No solo en Madrid, también en Europa, claramente, entre 2021 y 2022 se hablaba de casi un 50 por ciento de incremento de gonorreas, de un 34 por ciento de incremento de sífilis y de clamidiasis. Eso simplemente en esos dos años.

El aumento de las ITS -son datos oficiales del Ministerio de Sanidad de España- ha sido incesante, y estos son datos de 2022; en 2023 -datos que también están disponibles- ocurre lo mismo, hay un incremento incesante de la incidencia de sífilis, de gonorrea, de clamidia, del linfoglanuroma venéreo, como las cuatro ITS de declaración obligatoria, fundamentalmente. El linfoglanuroma venéreo está producido por una especie de clamidia. Este incremento afecta a hombres, el 52 por ciento, excepto la clamidia, que, en este caso, en el año 2023, ya era del 53 por ciento de los casos de clamidiasis en hombres, pero la gonococia, la sífilis y el linfogranuloma venéreo, sobre todo este último, el 98 por ciento de los diagnósticos se realizan en hombres.

Datos de la Comunidad de Madrid. Pues lo mismo. Por ejemplo, entre las enfermedades de declaración obligatoria, en el caso de la gonococia, se pasa de 2.000 casos en 2019 a 8.000 en 2024; de clamidia, de 3.000 a casi 7.000; de linfogranuloma, de 250 a 669, y de sífilis, de 1.000 a 2.000. Es parecido a lo que hemos encontrado en Sandoval. De sífilis congénita, afortunadamente, en España, y en la Comunidad de Madrid, por supuesto, al haber un sistema muy estrecho de vigilancia de la serología de la sífilis en mujeres gestantes, no hay casos prácticamente; solo en mujeres que no han tenido un adecuado seguimiento en su gestación.

La viruela del mono todavía gotea. De los 2.500 casos diagnosticados en Madrid, a 230 casos el año pasado; se siguen observando casos todos los días. Ahí podemos ver las curvas de las tasas de incidencia de gonococia, de España y de la Comunidad de Madrid; en rojo los de la Comunidad de Madrid y en negro los de España. De sífilis. Sin embargo, las tasas de incidencia de VIH han ido descendiendo tanto en hombres como en mujeres, de modo que pasamos de diagnosticar más de 1.000 casos en 2014 a 594 casos..., estabilizado en los últimos tres años. Tal cual lo que está ocurriendo en Sandoval, que es un espejo de esto que estoy contando. En Sandoval diagnosticamos el año pasado, como clínica monográfica de referencia en España de las infecciones de transmisión sexual, 11.000 casos, pero fíjense que en 2024 incrementó un 54 por ciento respecto a 2023, especialmente de gonococias, que pasamos de 2.000 a 4.000 casos, de clamidiasis, de 1.000 a 2.000, y de herpes genital, que no se menciona en una ITS de declaración obligatoria, pero está ahí en el sustrato también. Estos

son los datos del centro Sandoval, donde pasamos de diagnosticar 6.000 casos de ITS a 11.500 el año pasado.

¿Cómo se define el chemsex? Porque, a veces, la definición no es muy homogénea: "en función de". Pues se define como el consumo intencionado de drogas, principalmente mefedrona u otras catinonas sintéticas, metanfetamina y GHB o GBL, y, secundariamente, otras sustancias, generalmente potenciadoras de la erección, como viagras, digamos, por llamarlo de otra forma, para mantener relaciones sexuales, generalmente en grupo, en sesiones o chills -llamadas así en la jerga del chemsex- durante un periodo prolongado de tiempo, que puede ser horas o días, en algunos casos más que días, bajo el contexto sociocultural del colectivo LGTBI -aquí podemos añadir la Q u otras iniciales más-. Esta es, de algún modo, la definición de chemsex, que es un fenómeno que se ha ido expandiendo. Nosotros venimos observándolo desde hace más de diez años. En el año 1997 hicimos una reunión en Sandoval con los directores de los CAD para decirles lo que se venía encima. Y esto es el conjunto de sustancias que más se utilizan. Estas dos, sobre todo tina, mefedrona y otras catinonas, como alfa, alfa-PVP. Se pueden administrar también por vía parenteral, inyectada, fenómeno que se llama slam. Tusi, MDMA, GHB, que también, popper, cocaína, y no faltan como sustancias utilizadas los potenciadores de la erección, para mantener una erección en una sesión que a veces dura días o muchas horas, y es sexo, además, con varias parejas sexuales, varios contactos.

¿Y qué factores hemos encontrado nosotros asociados al aumento de las ITS? Pues el primero yo diría que la eficacia preventiva del propio tratamiento del VIH, el tratamiento antirretroviral. Vamos con el tratamiento antirretroviral. Cualquier persona que tiene VIH sabe que no va a transmitir ni se va a reinfectar de VIH. La disponibilidad de la PrEP, de la profilaxis preexposición. Yo tomo la PrEP y sé que no tengo el VIH y no voy a contraerlo si tomo PrEP. Sandoval fue el primer centro de la Comunidad de Madrid donde se dispensó la PrEP. Han iniciado la PrEP más de 5.000 personas. Otro factor, el consumo de sustancias inyectadas o no inyectadas. Las redes sociales, la facilidad de encontrar parejas sexuales a través de internet y en algunos casos el trabajo sexual, porque muchos clientes de prostitución masculina o transexual pagan mucho más dinero si tienes relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias o, por supuesto, sin usar preservativo. Hay 253 HSH con seroconversión reciente, eso está publicado en una de las principales revistas de epidemiología de Europa. El 88 por ciento de estos 253 hombres que tienen sexo con hombres, seroconvertidores recientes, que se acababan de infectar de VIH, el 88 por ciento, consumían drogas para el sexo, el 29 por ciento participaba en sesiones, y usaba aplicaciones para los contactos el 93 por ciento de ellos. De hecho, el 70 por ciento de estas personas que recientemente se habían diagnosticado de VIH atribuyó la transmisión al sexo desprotegido con un contacto conocido a través de una red social, de una aplicación.

¿Qué hemos observado en las personas que se acaban de infectar, entre 2014 y 2019? También está publicado en esta revista de epidemiología europea. El incremento del consumo de GHB, mefedrona y metanfetamina, que pasa de 0 en 2014 en Madrid a casi el 20 por ciento en 2019. Esto que estaba remitido a un congreso europeo sobre sida, EACS, que se celebra este verano y que va a llevar una compañera nuestra, habla del uso de sustancias relacionadas con el chemsex en 175 individuos, que fueron con nuevo diagnóstico de VIH en el centro Sandoval en 2022 y en 2023.

Hablamos de las oportunidades perdidas. ¿Por qué? Porque muchos de ellos habían tenido... Por supuesto, el 45 por ciento practicaban chemsex, el 17 por ciento se inyectaban drogas, más de tres cuartas partes de estos usuarios eran usuarios de chemsex y habían sido diagnosticados previamente de alguna ITS. Ahí hablamos de las oportunidades perdidas. O sea, si te han diagnosticado previamente al diagnóstico de VIH de alguna ITS y no has hecho una serología de VIH, no estás haciendo las cosas del todo bien.

Las drogas más consumidas están ahí referidas por los propios usuarios. Y lo que decíamos: diagnóstico previo de ITS en estas personas con diagnóstico de VIH, pues el 75 por ciento habían tenido previamente alguna infección de transmisión sexual y no se les había practicado una serología del VIH. ¿Cuáles son las ITS más frecuentes diagnosticadas en estos 175 pacientes con nuevos diagnósticos de VIH? Pues gonorrea, el 27 por ciento; condilomas acuminados, verrugas genitales o extragenitales, perianales puede ser, casi el 30 por ciento, y el 37 por ciento chlamydia tracomatis y sífilis, un 35. O sea, España está entre los países de más alto consumo de drogas para el sexo, de chemsex, según la encuesta Emis 2024. No sé si después los otros ponentes que van a hablar aquí confirmarán estos datos, pero nos parece bastante importante que España esté aquí, entre los países europeos donde más drogas se consume en el contexto del chemsex.

Precipitantes socioculturales. Pues bueno, aquí tenemos un poco algunos de ellos. Esta diapositiva me la ha pasado al doctor Paniagua, un psicólogo forense, psicólogo clínico forense especializado en chemsex. Aquí habla de aplicaciones. Ahora, otras aplicaciones distintas de los otros años: Machobb, Scruff. Una población estigmatizada y etiquetada, y a veces menospreciada, yo diría. Aparición de nuevas sustancias psicoactivas, como puede ser la "mefe", la tina; nuevas hasta cierto punto, porque llevamos ya observándolo hace ocho o diez años.

Entonces, la incidencia de ITS en personas y de chemsex al inicio de la PrEP. La PrEP como otro factor que está ahí. La PrEP es un medicamento que se toma para no contraer el VIH y tiene una eficacia superior al uso del condón para este tema. Entonces, la gente que toma PrEP sabe que no va a contraer el VIH y es otro factor que, por lo tanto, relaja a veces el uso del condón; a veces no, con mucha frecuencia, demostrado y publicado. Pues las personas que toman PrEP, ya al inicio, algunas de ellas tenían ya infecciones de transmisión sexual. En Sandoval, insisto, han empezado PrEP 5.000 personas y ahora mismo hay 3.500 personas en seguimiento; el 70 por ciento consumían drogas para el sexo, el 42 por ciento participaban en sesiones, chills, de chemsex, y el 33 por ciento tenía alguna ITS, especialmente clamidiasis, gonococia, al inicio de la PrEP. El reclutamiento. Ahí no habíamos llegado tarde al VIH, pero, si hubiéramos esperado a que las personas se infectaran, pues entonces hubiera sido un retraso de ese perfil total, españoles, inmigrantes...

Este estudio que refleja, dentro de los usuarios de PrEP cuáles son los que tienen mayor incidencia de ITS, es un doble estudio hecho en Australia con 2.000 HSH que ya estaban tomando PrEP. Decía que hay un subgrupo; no toda la gente que toma PrEP tiene mucho riesgo ni consume drogas, pero sí hay un subgrupo de gente que tienen una alta incidencia de ITS. De estas 2.000 personas que tomaban PrEP, el 25 por ciento representaba el 75 por ciento de los diagnósticos de ITS. ¿Y cómo es el

perfil de este 25 por ciento? Pues eran los chicos menores de 30 años, que tenían más de diez parejas sexuales en los seis últimos meses -esto de aquí puede ser a la semana-, sexo en grupo o que consumen drogas para el sexo. Entonces, ese es el perfil de la gente que más incidencia de ITS tiene, ese subgrupo de gente, porque hay otras personas, un 50 por ciento de usuarios de PrEP, que en estos dos años de seguimiento no tenían ninguna ITS. Por lo tanto, el riesgo no es de grupo, el riesgo es de individuo. El riesgo hay que individualizarlo. No hay grupos de riesgo, hay personas que tienen riesgo, hombres, mujeres o transexuales, y hay personas que no tienen ningún riesgo, hombres, mujeres o personas transexuales.

Esto ya lo he contado.

¿Y por qué está pasando esto ahora? A veces nos cuestionamos esto. ¿Por qué, de pronto, emerge esto? Emerge ahora para los medios, no para los profesionales que llevamos contando esto hace más de diez años, y de hecho os insisto en que hicimos una reunión con todos los directores de los CAD, hace diez años, la doctora Vera y yo, también asociados a Iván Zaro, para informar a los CAD de que tenían que empezar a pensar que el perfil del usuario de consumo problemático de drogas era otro muy distinto al de la heroína y el alcohol, y que venía HSH -hombres que tienen sexo con hombres-, que consumían otras drogas diferentes, mefedrona, metanfetamina, GHB, tusi, etcétera. ¿Y por qué, entonces? Pues esto es en parte la explicación que han definido algunos grupos, y yo creo que es acertada: a corto plazo, produce un elevado potencial de placer que aminora los estados emocionales negativos y tal. O sea, las drogas producen placer sexual. Y eso es inevitable, o sea, el mayor placer sexual es la adicción. Evidentemente, una cosa es más adictiva cuanto más placer conlleva, esto es algo que hay que tener muy presente y ponerlo encima de la mesa.

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

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO SANITARIO SANDOVAL Y MIEMBRO DEL GRUPO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA** (Del Romero Guerrero): Tengo que ir terminando. Me quedan dos diapositivas. Así como la sensación de baja autoestima, el miedo al rechazo, la soledad, el estigma, el autoestigma... Entonces, a veces se piensa que es como un método de afrontamiento, en parte, de una percepción social tan negativa: a veces, de un hombre por ser gay, por ser "bi", por ser trans, por ser una mujer. Es percibido como una forma de integración social que aminora los estados emocionales negativos ligados a experiencias vitales: a veces porque han sido víctimas, el estigma, violencia emocional intrafamiliar, rechazo familiar, escolar, rechazo social por homofobia, antecedentes psiquiátricos, traumas psicológicos, abuso sexual, y a veces ninguna cosa de estas, ninguna.

Y esta es la última diapositiva, simplemente es el resumen, los factores asociados al descenso del VIH, al incremento de las ITS. Desciende el VIH, primero, porque se trata a todo el mundo que lo tiene de forma inmediata, y eso tiene un valor preventivo total. Las personas que se tratan no transmiten el virus ni por vía sexual y las mujeres tampoco por vía vertical. Una chica con VIH -digamos que es el

estudio más bonito que he hecho en mi vida- puede ser mamá sin riesgo de transmisión a su bebé. Segundo, la eficacia preventiva de la PrEP. Si yo no tengo el VIH y tomo PrEP, no voy a contraerlo, no lo voy a contraer, porque la eficacia es superior a la del condón. Otra cosa es que, si yo no uso condón, contraigo gonorrea, sífilis, clamidia y todo lo demás, y entonces, me relajo.

¿Y qué más? ¿Y qué pasa entonces? Que, por una parte, aparecen drogas vía oral o vía parenteral... El uso sexualizado de drogas, el slam, el chemsex y tal, y esto hace también que baje la salud mental de algunas personas que tienen problemas graves, muy graves, muy graves, que ponen en riesgo su vida a veces y que es necesario ayudar derivándolas a servicios especializados, a los CAD, a los CAID, a psiquiatría, a urgencias, cuando hay un brote psicótico o una depresión grave. Y el uso de aplicaciones, redes sociales. Y a veces ya no hacen falta ni aplicaciones, porque cada usuario tiene su checklist y sabe a quién tiene que llamar y tal.

Pues nada más, que según la encuesta EMIS, la prevalencia del consumo de drogas con fines sexuales en los últimos doce meses fue del 14 por ciento. La comprensión del uso sexualizado de drogas, al igual que el abordaje de las necesidades de salud que puedan derivarse del mismo, deberían realizarse desde una perspectiva de salud integral, holística y multidisciplinar. Desde la infectología de las ITS, que es el ámbito en el que yo trabajo, las mejores herramientas para responder a este problema son el cribado oportunista y la prevención combinada, así como la identificación del problema y la derivación a centros especializados en el consumo problemático de drogas. Recursos. Además, promover la investigación científica en hospitales y universidades permitiría identificar factores de riesgo de protección y uso sexualizado de drogas, cuya aplicación en programas de prevención primaria, secundaria y terciaria aminoraría la incidencia del consumo. La anamnesis sexual y sobre el consumo de drogas son imprescindibles para identificar los riesgos de cada individuo, ino de grupo! Los riesgos son de cada persona, no es el grupo. El grupo es estigmatizar a las personas, y no existe el grupo, el riesgo es de cada individuo. Es necesario incrementar los recursos asistenciales, es muy necesario para reducir la incesante epidemia de ITS. Nada más. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Seguidamente abrimos el turno de los representantes de los grupos parlamentarios. Señor Núñez Huesca, dispone usted de cinco minutos.

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Gracias, presidente. Buenos días, doctor Jorge del Romero, y muchas gracias por venir a la Asamblea de Madrid a poner un poco de luz sobre un asunto que, como usted bien dice, está en la agenda pública recientemente, pero está en la calle desde hace mucho más tiempo de lo que la inmensa mayoría de la gente podemos imaginar.

A mí me gustaría preguntarle por el contexto sociocultural, que es a la vez causa y consecuencia de la práctica del chemsex. Hablaba usted de salud mental y de cómo la baja autoestima, los cuadros de estrés, pueden acabar llevando a una persona a practicar el chemsex y a la vez esta puede aumentar o agravar el estado de salud mental. De manera que estaríamos ante una espiral negativa. La mala salud mental lleva el chemsex y el chemsex lleva a la mala salud mental, y estamos en un bucle. En ese sentido, me gustaría preguntarle por el trabajo que hacen en el centro Sandoval,

lo que tiene que ver con enfermedades de transmisión sexual, pero también el acompañamiento psicológico-psiquiátrico, y me gustaría que esto le diera la oportunidad para explicarnos cuál es el trabajo del centro Sandoval, de los nuevos que se están abriendo, por qué son necesarios y cómo se podrían mejorar, porque al fin y al cabo en esta comisión buscamos abordar con mayores garantías el problema que implica la droga en nuestra sociedad. Este es un asunto muy concreto. Usted es uno de los mayores especialistas, sino el que más. Entonces, aquí está ante un grupo de legisladores y estamos dispuestos a escuchar cómo se podría mejorar. Entiendo que en la Comunidad de Madrid se está prestando desde hace tiempo una atención a este asunto que quizá no en todas las comunidades se presta, pero el sistema y el modelo seguro que son perfectibles, seguro que se pueden seguir haciendo las cosas mejor. ¿Cómo podemos hacer las cosas mejor? Entiendo que con más medios, pero, estratégicamente, ¿por dónde tenemos que ir?

También me gustaría preguntarle si es usted capaz de hacer alguna previsión de hacia dónde va el chemsex. ¿Irá a más? El mapa de colores de la Unión Europea es verdaderamente preocupante; España -por el color- es uno de los países donde el chemsex tiene más incidencia. ¿Por qué, por qué esa diferencia, por ejemplo, con Italia, que es un país socioculturalmente muy similar y allí la incidencia es mucho más baja? ¿España seguirá liderando...? Es una previsión y sé que los científicos no son muy partidarios de hacer previsiones, pero, a juzgar por la experiencia y por su trabajo, ¿hacia dónde va el chemsex? ¿Y cuáles serían -en definitiva, esta es mi pregunta principal- las mejores maneras para abordarlo con más garantías? Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: *(Palabras que no se perciben al no estar encendido el micrófono).*

El Sr. **ARIAS MORENO**: Gracias, presidente. Buenos días, señor Del Romero; gracias por comparecer hoy en esta comisión. Le quiero hacer un ruego y es, si es posible, que su presentación se la pudiera entregar al presidente para que nos la hiciera llegar para poder tener los datos que usted nos ha aportado hoy aquí. Voy a tratar de centrarme en el chemsex, aunque realmente usted ha dejado la puerta abierta a que lo realmente importante quizás sea la actuación de los CAD ahora mismo en este sentido. Es decir, el CAD en la época de la heroína sí tenía un objetivo, pero los CAD de hoy en día posiblemente estén dentro del consumo generalizado de adicciones y, por lo tanto, a lo mejor no presentan esa efectividad que tenían en aquel momento cuando se constituyeron los CAD.

En cuanto al chemsex, es la práctica del sexo a través del consumo de las drogas, donde la multitud de drogas también lo hace bastante peligroso; estamos hablando de metanfetamina, tina, cristal, mefedrona, GHB, GBL, popper, ketamina, cocaína... La mayoría de ellas se utiliza en la práctica del sexo entre hombres y hombres. De los datos que he obtenido sobre los diferentes estudios marco que hay, el 37 por ciento que practicaban el chemsex eran VIH positivos, efectivamente, es decir, con los tratamientos no se transmite, pero sí que es importante tener..., y el 65 por ciento que tienen esta práctica sexual se hace a través de la droga.

Yo creo que estamos ante un problema no solo de consumo de drogas, sino de salud pública. ¿Por qué le digo esto? Es importante que tengamos el perfil, en este caso, del usuario, porque son

personas con estudios superiores, nacionalidad española, activo laboralmente y con una edad en torno a los 35 años; por lo tanto, sí que tenemos un perfil del consumidor del chemsex, al igual que había un perfil del toxicómano o heroinómano y hay un perfil para el consumo de cánnabis, ¿no? Viene derivado también del aumento de enfermedades de transmisión sexual, como usted nos ha mostrado hoy en los datos que ha traído. Por lo tanto, vuelvo a hacer la siguiente afirmación: hay un problema de salud pública. Esta práctica no solo genera un problema de salud pública en sí mismo, sino problemas de salud mental, de dependencia química, de riesgo de sobredosis y se ha detectado un incremento de la patología del suicidio; no sé si me puede ampliar esto en su última intervención.

Ha hablado del brote de la viruela del mono; por lo tanto, hay un problema de salud pública. Es decir, el chemsex nos plantea una serie de barreras y de desafíos, primero, porque es una práctica de carácter privada e íntima, lo que dificulta muchas veces la intervención sanitaria porque es en el ámbito muy privado. Muchas veces, cuando esta práctica tiene consecuencias, estamos en un estigma y en un silencio que dificulta su visibilidad y la captación o la intervención de los servicios sanitarios. Está claro, estamos en el Sandoval I, Sandoval II..., son datos escalofriantes. En el Sandoval II, si mis datos no son erróneos y, si no, me lo puede usted corregir, en los últimos tres meses se han atendido 3.600 consultas, y eso es una burrada; por lo tanto, sigo pensando que hay un problema de salud mental unido al consumo de drogas, que es el objetivo de esta comisión. ¿Cómo podemos reforzar la detección activa? No sé si controlando las redes, las apps..., porque el problema, como le he dicho antes, es un problema de carácter íntimo, no de las personas, y es muy complicada su intervención.

¿Se invierte suficiente en crear una política que informe del riesgo de la práctica del chemsex? ¿Hay que aumentar los equipos multidisciplinares para las intervenciones psicosociales integrales que puedan llegar a una solución? ¿Hay que mejorar la formación en un momento determinado debido, sobre todo, a las drogas emergentes y los riesgos asociados a las mismas? ¿Hay que fortalecer el sistema de vigilancia?

El Sr. **PRESIDENTE**: Su tiempo ha concluido.

El Sr. **ARIAS MORENO**: Yo creo que hay que exigir refuerzos estructurales, detección precoz, reducción del estigma, refuerzo de recursos de tratamiento y, sobre todo, investigación. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Arias. Por el Grupo Parlamentario Socialista, señor Marcano. *(Pausa.)* ¿Barahona? Tiene usted cinco minutos.

La Sra. **BARAHONA NORIEGA**: Gracias, presidente. Gracias también al doctor Jorge del Romero por acompañarnos en esta comisión. En esta semana he podido leer sobre su trabajo en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual, principalmente del VIH, y por eso también quería darle la enhorabuena por su trayectoria profesional. Desde el Grupo Parlamentario Socialista entendemos que este asunto requiere un enfoque basado en la evidencia científica, la prevención y la reducción de riesgos, pero siempre desde una perspectiva respetuosa y empática con los derechos individuales. Y personalmente no creo que este tema deba tratarse en esta comisión, que, como su

nombre indica, es de estudio y con el objeto de abordar el impacto de las drogas en la Comunidad de Madrid, cuando estamos obviando hablar de alcohol o de tabaco, centrándonos solo en cannabis y ahora en esta práctica, únicamente con la intención de estigmatizar una vez más al colectivo LGTBIQ+. Desde luego, lo que también espero es que dediquemos una comisión a abordar los casos de sumisión química que han ido en aumento en los últimos años.

Tal y como usted nos ha contado, según los datos aportados por el Centro Sanitario Sandoval, esta práctica está asociada a un número de aumento en la incidencia de ITS, con el consiguiente incremento de infecciones de transmisión sexual. Me ha llamado la atención lo que ha comentado de que son muchos años los que lleva usted trabajando con ello y es ahora cuando se ha puesto en la agenda pública, y aquí me gustaría preguntarle que a qué cree que se debe que ahora sí se haya puesto en la agenda pública.

Reducir este fenómeno a un mero problema sería simplificarlo y perpetuar con el estigma. Desde luego, si queremos abordar el tema con rigor, sin criminalizar ni estigmatizar, tenemos que dejar atrás los discursos moralizantes o punitivos. No se trata de juzgar, sino de entender y de acompañar. Para eso necesitamos una respuesta institucional coordinada y basada en la salud y que, además, se aborde utilizando la educación, la prevención y el acceso a recursos de apoyo. Creo que es fundamental implementar campañas de sensibilización que informen sobre los riesgos asociados al chemsex, no solo en términos de ITS, sino también en lo que respecta al bienestar emocional. Estas campañas deben ser inclusivas y fomentar un diálogo abierto y sin prejuicios.

Además, creo que es crucial fortalecer los servicios de atención sanitaria para aquellas personas que practican el chemsex y esto incluye, que bien lo ha dicho usted, el acceso a las pruebas rápidas de ITS, que funcionan, hay que seguir invirtiendo recursos en ello, la distribución de material preventivo, como puedan ser preservativos, lubricantes, etcétera, y, desde luego, me parece esencial la formación de profesionales sanitarios para que puedan abordar este tema con sensibilidad y conocimiento.

También es fundamental promover un entorno de respeto y dignidad para todas las personas, independientemente de su orientación sexual o su identidad de género. La discriminación y el estigma solo sirven para exacerbar los problemas de salud pública y dificultar el acceso a los servicios de salud y, en este sentido, echamos en falta una estrategia clara por parte del Gobierno de la Comunidad de Madrid. El cierre de recursos especializados, la falta de inversión en salud sexual y el abandono de políticas de prevención y reducción de daños son errores que tenemos que corregir y por eso urge reforzar la red de Atención Primaria, incorporar la perspectiva LGTBIQ+ en todas las políticas sanitarias y dotar de recursos a los profesionales que están trabajando en primera línea. Creo que también es necesario aumentar los programas de acompañamiento y los espacios seguros, de esa manera fomentaremos también prácticas sexuales seguras. Y, por último, es imprescindible implicar a la sociedad civil. Las asociaciones LGTBIQ+ y las personas con experiencias son aliados imprescindibles en la construcción de estas respuestas que son eficaces; escucharles, apoyarles y financiar su trabajo es una necesidad. Creo que además también necesitamos apostar por que Madrid sea más inclusiva,

más justa y más comprometida con la salud sexual de todas las personas sin excepciones, porque no solo tenemos que acabar con las ITS, sino también con los estigmas y apostar por el derecho de todos y todas a vivir su sexualidad en libertad.

Para acabar, me gustaría hacerle varias preguntas, a ver si en el tiempo que tiene me puede responder. Son bastantes, entonces bueno, a ver si puede hacer aunque sea una respuesta un poco rápida. Me gustaría que pudiese contarnos algo más sobre los programas de prevención y educación, cómo abordan actualmente chemsex y si usted cree que son efectivos. Qué estrategias considera usted que son más efectivas para reducir el estigma. También me gustaría preguntarle si usted considera que la inversión actual en sanidad y educación en la Comunidad de Madrid son suficientes para dar una respuesta adecuada a las infecciones de transmisión sexual. También me gustaría preguntarle qué papel cree que debe jugar la Atención Primaria en la detección precoz de casos relacionados con las ITS. Y también preguntarle qué papel cree que deben jugar los centros educativos en la educación sexual.

También me gustaría preguntarle cuáles son los principales retos que se encuentra el personal sanitario para abordar las infecciones de transmisión sexual. También me gustaría preguntarle si cree que hace falta una formación más específica en sanitarios. Y, desde luego, desde su posición como experto, me gustaría preguntarle qué mensaje trasladaría usted a las instituciones públicas sobre cómo abordar el chemsex sin ser estigmatizante. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Bien. Grupo Parlamentario Más Madrid, dispone usted de cinco minutos.

La Sra. **GONZÁLEZ GÓMEZ**: Gracias, presidente. Muchas gracias, señor Del Romero Guerrero, por la exposición y también por todo su trabajo de años, agradecimiento que hago extensivo al conjunto del Centro Sandoval, desde luego, una referencia dentro del propio colectivo LGTBIQ+ y una referencia en la lucha contra el VIH, y usted entiendo que por humildad no lo ha dicho, pero desde luego el Centro Sandoval y todo el personal del Centro Sandoval ha jugado un papel trascendental en ese descenso de la transmisión del VIH que hemos visto precisamente en los datos que usted nos traía; por eso, desde luego, tiene todo el agradecimiento de nuestro grupo. Yo he sido usuaria del Centro Sandoval cuando era mucho más joven y he hecho esa cola de la vergüenza en la calle Sandoval y la he hecho sabiendo que dentro me iba a encontrar una atención muchísimo más humana de la que me iba a encontrar probablemente en el centro de salud y, en ese sentido, también trasladarle nuestro agradecimiento.

Nosotras, como muchas personas en esta sala ya saben, desde Más Madrid presentamos hace unos meses, hace un año ya de hecho, el programa Albatros, un programa integral de 33 medidas para abordar toda la problemática relativa al consumo problemático en contexto de chemsex desde una perspectiva integral y no estigmatizante, que es algo muy importante para nosotras. Desde luego nosotras creemos que es muy importante que estemos hablando de esto y que es muy importante que estemos hablando también de que es una problemática fundamentalmente asociada a nuestra comunidad, a la comunidad LGTBIQ+, y creo que esto hay que hacerlo con seriedad, con rigor, sin vergüenza y sin estigma, porque, desde luego, algo que se nos ha reprochado mucho es que se nos ha

dicho que somos nosotras las que vinculamos la práctica del chemsex con el colectivo LGTBIQ+, y es la evidencia la que lo vincula y, desde luego, si negamos esta evidencia, no podemos atajar las consecuencias y abordar la problemática de una manera acertada y creo que esto se puede hacer perfectamente al mismo tiempo que combatimos el estigma. Como no combatimos el estigma, por cierto, es haciendo afirmaciones como las que hemos escuchado en esta Cámara, concretamente en el pleno de la Asamblea de Madrid, cuando Más Madrid presentó una proposición no de ley para abordar la problemática del chemsex en esta región y una diputada aquí presente, la señora Pasarón, dijo que hay prácticas sexuales que están mal, de manera literal, en el pleno de la Asamblea. Creemos, desde luego, que así es como no se combate el estigma, no ocultando el hecho de que la problemática del chemsex tiene un origen muy vinculado a la propia cultura de la comunidad LGTBI+.

Creemos que es importante introducir en este análisis el factor de la variante de consumo problemático versus consumo no problemático, porque en ese 25 por ciento de personas que toman la PrEP y que acumulan el setenta y pico por ciento, creo que era, de transmisión de ITS, creo que es importante también introducir la variante de consumo problemático porque hay consumo en contexto de chemsex que es esporádico o no problemático y que no implica adicciones. Y también nos gustaría apuntar que, claro, la casuística del chemsex tiene que ver..., o sea, la elevada tasa de consumo de drogas en contexto de chemsex que hemos visto en España con respecto a Europa desde luego tiene que ver con ser España un destino turístico preferente para hombres que tienen sexo con hombres, aunque creemos que también puede tener que ver que de manera generalizada en España se consume mucha droga; es decir, España está a la cabeza de consumo de cocaína, por ejemplo, y esto no tiene nada que ver con la comunidad LGTBIQ+, y esto creo que tenemos que tenerlo en cuenta también. Y desde luego nosotras también estamos convencidas de que la situación actual tan preocupante a la que ha llegado el consumo de drogas en contexto de chemsex no habría llegado a esas cotas a las que ha llegado si la población afectada no hubiera sido la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres. Si esta problemática de consumo de drogas en contextos de sexo hubiera afectado o a la población general o a otro segmento de la población que no hubiera sido un segmento ya de por sí estigmatizado, señalado y apartado de muchos contextos de socialización, desde luego las Administraciones públicas habrían tomado medidas mucho antes y no habríamos llegado a estas cotas tan preocupantes. Pero, una vez más, como ya vimos con la crisis del VIH, el hecho de que este problema de salud pública afecte a una comunidad ya de por sí marginalizada retrasa la respuesta y la reacción de las Administraciones públicas y las retrasa de manera muy grave.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya concluyendo.

La Sra. **GONZÁLEZ GÓMEZ**: Terminó ya. Creemos que es imprescindible y urgente realizar un estudio epidemiológico para valorar el alcance y la prevalencia del fenómeno del chemsex y, además, creemos -y esto nos parece también importante y se lo señalo simplemente para la siguiente intervención- que en vigilancia epidemiológica es importante también a veces no señalar a quién más vigila o a quién mejor vigila, es decir, que el aumento de infecciones de ITS -y esto es una pregunta que le lanzo- ¿tenemos constancia de si responde a una mayor vigilancia por parte de la comunidad

más vulnerable a este tipo de infecciones? Es decir, que no sea un incremento real, sino que responda a una mayor vigilancia de la comunidad que mayormente las padece. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Dispone usted de una intervención final para contestar a los portavoces de diez minutos. Muchas gracias.

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO SANITARIO SANDOVAL Y MIEMBRO DEL GRUPO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA** (Del Romero Guerrero): Bueno, muchas gracias por todas las preguntas. Hay alguna respuesta transversal, ¿no?, y es la educación para la salud desde la escuela. Eso es imprescindible, no porque vaya un médico a un colegio un día heroico y dé una clase, no, o sea, debe ser una asignatura obligatoria, curricular, de todo el profesorado; eso ayudaría, primero, a reducir el estigma, a aceptar a las personas de la orientación sexual que tengan, la que sea!, ¿vale?, y a decir: pues que hay una diversidad de personas y de orientaciones sexuales y hay que respetar a todo el mundo, cada uno en la suya. Eso es transversal, porque es que eso es crítico para reducir estigma, porque uno de los problemas asociados al chemsex es el autoestigma, es el estigma asociado a una sociedad que te rechaza y eso debería excluirse. No puede ser que un profesor no sepa nada de cómo se pone un condón y sepa hacer una raíz cuadrada; o sea, que no, que tiene que haber educación sexual adaptada a la edad, por supuesto, adaptada a la edad, pero una educación para la salud sexual y la educación sobre drogas, esa es mi opinión, aunque dicen que a veces es un efecto llamada para los adolescentes. Pero todo tiene que empezar en la escuela, la educación para la salud como una asignatura más, o sea, alimentaria, sexual, salud reproductiva y salud sin más, ¿no?, ¡salud!, pero en la esfera sexual especialmente porque eso ayudaría a reducir esos casos de autoestigma, de estigma interiorizado, de rechazo social, de rechazo escolar, de rechazo familiar, de rechazo, de rechazo y de rechazo y no puede ser. Y eso es necesario y eso es para toda la gente y para todos los grupos, porque eso es transversal. Tengo muchas preguntas y me he hecho un lío.

La educación es prevención. Tiene que ser inclusiva, por supuesto. ¿Cómo va a ser no inclusiva? Cuando yo trabajaba, yo no distinguía si la gente que consumía heroína era hetero, gay, trans o lo que fuese. ¿Qué más da? Ni yo ni nadie de mi grupo; o sea, nadie, simplemente atendías un problema de salud que se llama consumo de heroína. Ahora es consumo de metanfetamina, sí. ¿Que el perfil social es diferente? Pues sí. ¿Pero está identificado? Sí. No quiere eso decir que no consuman drogas otras personas que no tienen nada que ver con ese perfil, que también. O el alcohol, como decíais, el alcohol está asociado a una reducción de uso del condón en adolescentes, especialmente, porque a veces no han accedido a ninguna otra droga, entre comillas, que no sea simplemente tomar alcohol. El alcohol es una droga que hace parecido, reduce la percepción del riesgo, en las chicas sobre todo. Las gonorreas más frecuentes que hemos diagnosticado el año pasado en mujeres son en faringe, porque, claro, por ahí no me quedo embarazada, o rectal, que es la segunda localización de las gonorreas del año pasado, de las más de 4.000 que se diagnosticaron; las pocas que se diagnosticaron en chicas fueron en faringe, después en recto y después en cérvix. O sea que, si no se hace una buena anamnesis, si no se pregunta a la gente, si se deshumaniza el ejercicio de la medicina y se limita a un

ordenador, entonces, no se puede hacer tampoco intervención personal. Por lo tanto, hay que preguntar a la gente sin ningún tipo de sesgo político, ni de sesgo social, ni de sesgo de nada, sino preguntar para saber cómo tienes que intervenir. Hay gente a la que le digo: bueno, ¿te pido una prueba rectal o no? Pues depende de si tienes relaciones anales; si no tienes, no te la pido y si las tienes, sí. Ah, pues pídemela por si acaso. Ah, bueno, pues vale. Pero eso no es juzgar, eso es simplemente preguntar, hacer una anamnesis, igual que se pregunta si consumes drogas para mantener relaciones sexuales, o fuera del ámbito sexual también. La educación para la salud es una asignatura pendiente.

¿Que tiene que ser inclusiva y respetuosa? Claro, la atención sanitaria tiene que ser siempre así, pero de cualquier cosa, me da lo mismo que sea de ITS o de cualquier otra patología, o de cualquier otra situación, sin más. Hacer un chequeo de ITS implica preguntar y tal.

¿Que es necesario contar con servicios especializados, los CAD, los centros de atención al drogodependiente? Pues sí, porque hay mucha gente. En fin, es que desde un centro sanitario vinculado a enfermedades infecciosas no podemos dar salida o atención adecuada a las personas que tienen consumo problemático de drogas. Problemático es problemático, que incide en su esfera tal que tiene mucha incidencia o, sobre todo, que incide en su esfera mental, que pierden el trabajo, que pillan hepatitis C, que tienen problemas de autoestima muchas veces, que desde luego existe y es una realidad innegable. Y eso es una necesidad que no está todavía suficientemente cubierta, a pesar de que nosotros, en Sandoval, contamos con toda la red del ayuntamiento y de la Comunidad de Madrid, que creo que hay otros centros también, pero de atención a personas con drogodependencias y consumo problemático de drogas. Y hay veces que el tratamiento es urgente, y en algunas ocasiones nos hemos visto obligados en Sandoval a tener que derivar a un servicio de urgencias a gente con un problema de sobredosis o con un brote psicótico agudo.

Que hay sustancias y sustancias. Evidentemente, hay algunas sustancias que producen más adicción, son más adictivas y, ¡cuidado!, a lo mejor no es el popper, por ejemplo, pero a lo mejor puede ser la metanfetamina y esa que yo pruebo una vez y no pasa nada y después pruebo otra, pero, como me ha gustado tanto porque proporciona placer, que decíamos al principio, confiere adicción, pues entonces se hace una persona adicta o, desde luego, va en camino de. Y algunas personas, por supuesto, tienen una adicción grave que debe atenderse en servicios especializados.

En cuanto a los recursos, de los que hablaban, pues, hombre, si hay un incremento de infecciones de transmisión sexual incesante e imparable, pues habrá que poner más recursos para tratar de saber dónde actuar, y lo tendrán que decir los políticos y los técnicos. En los centros de ITS por supuesto.

Centros alternativos en Atención Primaria. Pues hay gente que no quiere ir a su médico de atención primaria porque ahí va su mujer, su padre, su abuela o sus hijos y no quiere ir ahí a contar su vida. Por lo tanto, tiene que haber también centros alternativos a donde poder ir y decir uno quién es y cómo es y qué sexo tiene, y punto. La mayor parte de los clientes de prostitución transexual son hombres hetero... -iba a decir heterocuriosos, pero...- (*Risas.*), heterosexuales, son hombres

heterosexuales; los clientes piden a las chicas trans que les penetren y son heteros, heteros. Esto es así, es una realidad y, por lo tanto, no vamos a juzgar a nadie, ni al hetero por tener clientes equis ni por tal y cual.

El consumo de sustancias. Por ejemplo, hay hombres, mujeres o trans que son trabajadores sexuales que exigen un esfuerzo adicional, digamos, un despistaje de ITS más frecuente, un consejo preventivo más potente y, por supuesto, un suministro de condones y lubricantes, pero hay gente que paga por no usar condón, que paga más, o el doble, por ello, que desde luego no quiere usar preservativo, y, si no, adiós. Esta es otra realidad.

No son lo mismo unas drogas que otras. Por supuesto, hay sustancias de las que digamos que el consumo problemático es muy poco frecuente y otras de las que el consumo puede hacerse problemático cuando hay adicción. Y eso ocurre más con la metanfetamina, por ejemplo, que con, yo que sé, el popper. "Ah, ¿pero eso es droga?", me pregunta la gente. Ah, pues no lo sé. A lo mejor el alcohol afecta mucho más a un grupo etario que otras drogas duras, entre comillas, porque relajan, digamos, de alguna forma, y bajo el efecto del alcohol hay muchos adolescentes que no perciben riesgo o mantienen relaciones sexuales no genitales, extragenitales, sexo oral o, como decíamos, sexo anal.

Trabajar de forma colaboradora con las organizaciones comunitarias es también muy importante, porque esas ayudan a captar gente que no acceden al sistema. La resolución de la Comunidad de Madrid en el sentido de que era obligatorio atender a personas con sospecha de ITS ha abierto la puerta a gente que -en fin, nosotros luchamos mucho para que esto pasara-, a mucha gente que no tenía ninguna cobertura sanitaria y tenía gonorrea, sífilis, o lo que fuese, y estaba sin atender. Y eso, por lo menos parcialmente, se ha resuelto. En nuestro centro ahora vemos a mucha gente que no tenía acceso al sistema y que ahora sí lo tiene. Y eso hay que reconocer que ha sido un avance muy importante y que ha permitido a mucha gente acceder y tratarse el VIH, tratarse la gonorrea o meterse en un programa de prevención o tomarse la PrEP.

Educación inclusiva respetuosa. Por supuesto, no es mejor nadie por ser hetero ni por tener una orientación sexual concreta. Cada uno es cada cual, y punto, y yo creo que eso es muy claro.

El programa Albatros, que yo, desafortunadamente, no conocía, pues habla de consumo problemático y que es una evidencia científica, por supuesto, y que eso existe y que hay casos que necesitan soporte psiquiátrico y psicológico muchas veces y que con eso se puede, pues, dar una respuesta, porque lo que no puedes es no dar nada.

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

El Sr. **DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO SANITARIO SANDOVAL Y MIEMBRO DEL GRUPO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA** (Del Romero Guerrero): Nada más. Bueno, sí hablar de la necesidad de un manejo multidisciplinar, donde entran también organizaciones comunitarias para mucha gente que no tiene acceso. El último caso de VIH ha

sido a raíz de un test rápido que se ha hecho un chico en una ONG. Y ahí está. Tenemos acuerdo asistencial especialmente con organizaciones de personas en prostitución masculina y transexual. ¿Por qué? Porque son los colectivos más afectados, independientemente del consumo de sustancias. Y por supuesto la gente que más drogas consume es la que se inyecta drogas, como un problema realmente importante, y que necesita servicios especializados, en servicios especiales suficientes que no estén saturados, porque ahora mismo los CAD y los CAID tienen una saturación asistencial bastante importante. Por lo tanto, este es un problema que está creciendo -no sé quién me preguntaba por esto-, que va en aumento; eso es evidente, lo estamos viendo. Lo estamos viendo y, por lo tanto, hay que dar una respuesta con los medios suficientes. En Madrid se han abierto dos centros más, no solo Sandoval II, se ha abierto Sandoval III, en Alcorcón, y es una forma de dar, en parte, una respuesta para el tema de las ITS. Para el tema drogas es distinto, pero en mi opinión hay algo transversal y reitero que es la educación para la salud desde la escuela. Nada más, muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Pues muchísimas gracias, señor Del Romero Guerrero, le agradecemos su intervención y su presencia en esta comisión. Pasamos al segundo punto del orden del día.

C-817/2025 RGE.10757. Comparecencia del Sr. D. Iván Zaro Rosado, trabajador social, cofundador y directivo de Imagina MÁS (ONG de salud sexual, diversidad e igualdad), experto en atención a personas con VIH y a personas usuarias de drogas en contextos de chemsex, 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).

Comparece el señor don Iván Zaro Rosado, trabajador social, cofundador y directivo de Imagina MÁS, experto en atención a personas con VIH y a personas usuarias de drogas en contextos de chemsex. *(Pausa.)* Tiene un tiempo de quince minutos para su intervención. .

El Sr. **TRABAJADOR SOCIAL, COFUNDADOR Y DIRECTIVO DE IMAGINA MÁS (ONG DE SALUD SEXUAL, DIVERSIDAD E IGUALDAD), EXPERTO EN ATENCIÓN A PERSONAS CON VIH Y A PERSONAS USUARIAS DE DROGAS EN CONTEXTOS DE CHEMSEX** (Zaro Rosado): Perfecto, muchas gracias. Gracias por la invitación, especialmente, a Más Madrid y a las diputadas Marta Carmona y Jimena González. Es un placer estar aquí. Voy a intentar que mi intervención vaya en tiempo, y va a tener tres bloques: uno de aproximación al chemsex, qué es y cómo se desarrolla en la Comunidad de Madrid; un segundo bloque que va a ir muy específicamente sobre potenciales riesgos y consecuencias del chemsex, especialmente consumo problemático, y quiero reivindicar que no todo consumo o toda práctica del chemsex es problemática, al igual que no todo consumo del alcohol es problemático o genera alcoholismo, y luego, por último, una serie de conclusiones que considero importantes a la hora del abordaje del chemsex.

En cuanto a la definición, ya lo ha comentado Jorge del Romero, pero bueno, el chemsex como tal llega a nuestras vidas en 2012, en Reino Unido, y desde entonces existen múltiples definiciones

relacionadas con él, pero nosotros nos vamos a fijar mucho en una consensuada en el segundo Foro Europeo de Chemsex, en 2018, que lo define como un tipo particular de uso sexualizado de sustancias entre hombres, gais, bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres, personas trans y no binarias, que participan de la cultura del sexo casual o sin compromiso gay, de ese paraguas de cultura gay. Esta nueva acepción ensancha sus miras para incluir a personas trans y no binarias, aunque, al menos en España, la mayoría de las personas que lo practican son hombres cisgénero homobisexuales. Además, esta definición no reduce el chemsex ni a unas determinadas sustancias, ni siquiera el tiempo invertido en él. El chemsex, más allá del uso sexualizado de sustancias, interpela a la salud mental, a la salud física, a la esfera sexual y afectiva, a las relaciones sociales y familiares y es un universo complejo, poliédrico y fuertemente estigmatizado.

En cuanto a las competencias culturales, el chemsex se desarrolla mayoritariamente en una población que comparte una cultura común, la cultura gay, caracterizada por expresiones, valores, símbolos, manifestaciones artísticas, estilos de vida específicos, y en este contexto, la violencia de la sexualidad puede estar en ocasiones orientada hacia lo lúdico y desvinculada, en muchos casos, de modelos tradicionales basados en la intimidad, la monogamia o las relaciones románticas. En cuanto a su prevalencia entre hombres gais, resulta complejo establecer una cifra precisa, pero teniendo como referencia los datos obtenidos en España en la encuesta europea online para hombres que tienen sexo con hombres EMIS 2017, con la participación de más de 10.600 hombres, un 14 por ciento refería haber consumido alguna droga estimulante para mantener encuentros sexuales en los últimos doce meses. El chemsex es, por tanto, una práctica minoritaria, aunque su presencia está en aumento y ha adquirido mayor visibilidad en la Comunidad de Madrid. En Imagina MÁS, los primeros casos de consumo problemático en contextos de chemsex se documentaron ya en 2014. Por ello, desde la perspectiva comunitaria, el chemsex no debe definirse como un fenómeno emergente o inesperado, sino como un artefacto, una subcultura consolidada en la sociedad madrileña, con sus propios códigos, dinámicas y lenguajes compartidos. La práctica del chemsex se sitúa en la intersección de múltiples realidades socialmente estigmatizadas, el consumo de sustancias, las prácticas sexuales no normativas. Y cabe destacar que el propio estigma del VIH atraviesa a menudo el perfil de persona con consumo problemático de chemsex, y entendemos el chemsex como una manera de afrontamiento de su propia realidad. Esta combinación de estigmas conlleva múltiples consecuencias; entre ellas: ser un obstáculo para acceder a información adecuada sobre reducción de riesgos y daños, una menor conciencia del problema en caso de consumo problemático y serios obstáculos para el acceso a recursos sociosanitarios.

En cuanto al perfil, ya se ha hablado antes que el perfil más frecuente es un hombre gay, con una edad comprendida entre 25 y 44 años, nacido en España, con un nivel educativo alto, laboralmente activo y sin pareja estable. Y no hay que olvidar que fuera de este perfil, en los márgenes, se encuentran otras personas que son especialmente vulnerables, tales como personas migrantes en situación administrativa irregular, muchas veces atravesando el duelo migratorio, el desarraigo, la falta de redes de apoyo primarias e incluso el propio acceso al sistema sanitario, personas trabajadoras del sexo, personas desempleadas y personas más jóvenes o más mayores, aumentando su vulnerabilidad. Las sesiones tienden a llevarse a cabo en ámbito privado, en casas, en domicilios de alguno de los asistentes,

y también se puede practicar chemsex en locales de sexo, saunas y, minoritariamente, de manera residual, en zonas al aire libre. El chemsex puede realizarse en pareja, con amistades, en grupo o en solitario, como por ejemplo quienes practican slam en solitario desde su domicilio, pero hacen uso de páginas web con cámaras en directo para interactuar con otros usuarios, así como el tiempo que se dedica a la propia práctica del chemsex.

Por último, al ser una práctica mayoritariamente privada, como os he hablado antes, se tiene que hacer en domicilios privados y el uso de aplicaciones de contacto cobra una importancia relevante. Estudios recientes identificaron que las apps de contacto eran el principal medio a través del cual buscar compañeros para práctica del chemsex, en un 76,6 por ciento. Existe una mayor prevalencia del consumo o de práctica de chemsex en aquellas personas que residimos en ciudades grandes en España, un 23,35 por ciento, debido, por supuesto, a la concentración de la población, así como la oferta de ocio y, por último, también ser destino de la comunidad LGTBIAQ+.

En cuanto a las sustancias cuando hablamos de chemsex, sabemos que hay un peso fundamental de policonsumo. Volviendo a la encuesta EMIS, el 35,3 por ciento de las personas encuestadas en España afirmaba haber consumido tres o más drogas en los últimos doce meses y las principales sustancias que encontramos en la práctica del chemsex en España, en primer lugar, tiene que ver que ver el alcohol, un 85,9 por ciento, una droga evidentemente legal, utilizada para la socialización y que en muchos casos es disparador, hace de trigger, para el consumo de otras sustancias, seguidas de popper, mefedrona, GHB, GBL, cocaína, metanfetamina y otras, entre las cuales destaca tusi, alfa o cloreto.

Junto con la aparición de nuevas sustancias como monkey dust en la Comunidad de Madrid, el uso de sustancias varía en base a la oferta y a la demanda de la droga emergente, así como la provincia o la localidad en España en la que nos encontremos. Actualmente, en Madrid, empiezan a cobrar más popularidad sustancias como alfa o tusi en el contexto del chemsex. Llevamos años detectando el incremento de personas que consumen sustancias por vía intravenosa, lo que se conoce como slam. Se estima que un 7,9 por ciento de las personas que practica chemsex hace slam, y según datos de Imagina, solo en 2025 el 17,75 por ciento de las personas que están en el programa de chemsex practica slam.

Ahora vamos a hablar sobre los potenciales riesgos y consecuencias del chemsex y especialmente en este consumo problemático del que hablábamos antes. A nivel físico, ya ha hecho referencia el doctor Del Romero de las ITS; yo solo quiero destacar que las personas que practican chemsex, según nuestros estudios, tienden a estar controlados. Un 80,9 por ciento de las personas que participaron en nuestro estudio se habían realizado pruebas de ITS en los últimos doce meses. En cuanto al VIH, también se ratifica, la prevalencia es alta, un 41,8 por ciento era positivo a VIH y un 90,7 por ciento estaba en carga viral indetectable, lo cual refiere una buena adherencia terapéutica y unos buenos controles médicos. En cuanto a las personas seronegativas, se habían realizado la prueba un 53,4 por ciento en los últimos tres meses. Además, encontramos un mayor riesgo de interacciones entre sustancias y tratamiento retroviral PrEP u otros medicamentos, así como mayor vulnerabilidad a

sobredosis debido al policonsumo y a la falta de información adecuada en reducción de riesgos o daños. De nuevo, con datos de Imagina MÁS, en 2025, un 34,57 por ciento de las personas en el programa chemsex había sufrido una sobredosis. También el consumo de determinadas sustancias puede incrementar el riesgo de dependencia y adicción, como puede ser el uso de GHB, GBL o metanfetamina. Y otras consecuencias físicas que tienen relación con el slam es una mayor vulnerabilidad a abscesos, flebitis, endocarditis bacteriana, entre otras realidades.

A nivel del impacto psicológico o de las consecuencias psicológicas y el impacto en trastornos de estado de ánimo, como depresión o ansiedad, un 29,1 por ciento reconoció sentir un deseo persistente de repetir sesiones de chemsex, lo que conocemos como craving, lo cual dificulta o tiene que ver muchísimo en las recaídas, en los procesos de recaída en personas que están en ese proceso de recuperación, y un 65,1 por ciento manifestó que las prácticas chemsex se vinculaban con sentimientos de falta de autocuidado, lo cual subraya la urgencia de dirigir políticas públicas basadas en la reducción de riesgos y daños específicos a la propia comunidad, así como un riesgo patente de sufrir psicosis tóxica y el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias, en uso de sustancias, especialmente, con potencial adictivo, por ejemplo, la metanfetamina.

A nivel sexual, desde el plano sexual, el consumo problemático asociado al chemsex puede dar lugar a conductas sexuales compulsivas, así como el uso de aplicaciones de contacto para la búsqueda de nuevos encuentros y la reproducción de múltiples violencias relacionadas con la homofobia interiorizada. Es habitual, además, que las personas manifiesten una pérdida de interés o dificultades para mantener relaciones sexuales sin uso de sustancia, lo que conocemos como sexo sobrio, y esta incapacidad para disfrutar de sexo sin drogas es uno de los signos más relevantes que pueden alertar sobre un posible desarrollo de consumo problemático. La prevalencia de actos sexuales no consentidos entre personas que practican chemsex es 12,5 veces superior a la observada en personas que no lo practican. Este dato evidencia que las agresiones sexuales en contextos de chemsex constituyen una realidad compleja multidimensional y que, sin embargo, continúa siendo insuficientemente investigada y escasamente denunciada en España.

El impacto social. Es cierto que, aunque llevamos más de diez años en chemsex, toda la literatura científica se ha versado mucho en ámbito sanitario y psicológico o emocional y muy poco en lo social, pero desde las asociaciones comunitarias podemos alertar o apuntar el impacto que puede tener un consumo problemático de chemsex: aislamiento y pérdida de red de apoyo, alejamiento del entorno -quien no practica chemsex no consume- y distanciamiento familiar, incapacidad para el desarrollo de actividades de ocio no sexualizado y fuera del consumo, deterioro en la esfera laboral, absentismo laboral, incluso la pérdida de trabajo en personas que han generado o desarrollado diferentes adicciones al chemsex, estigmatización cruzada al consumo de sustancias o de slam, a prácticas que dificultan desde la toma de conciencia del problema hasta el acceso a recursos sanitarios y de tratamiento, normalización de riesgos y, por último, aumento de vulnerabilidad social, que lleva a unos casos, afortunadamente, extremos, podríamos decir, residuales, pero existentes, personas que pierden su trabajo, que pierden sus casas y que están en situaciones de sinhogarismo.

Y a nivel legal, en los últimos meses, diversas informaciones publicadas en redes sociales y en medios de comunicación han alertado sobre un fenómeno preocupante en ciudades como Madrid o Barcelona, donde las fuerzas de seguridad estarían intensificando su actuación sobre prácticas vinculadas al chemsex, situándolas como una prioridad en la lucha contra las drogas. Este enfoque está generando controversia, ya que la ausencia de criterios actualizados que permitan distinguir adecuadamente el consumo personal y el tráfico está dando lugar a detenciones de consumidores bajo la acusación de venta de estupefacientes. Esta interpretación estricta de la normativa está provocando graves consecuencias legales para personas que en muchos casos no tienen vínculos con redes de tráfico, sino que practican chemsex en contextos íntimos o recreativos. Además del desconcierto generado en la comunidad, se han recogido testimonios reiterados de personas LGTBIAQ+ que denuncian haber sido objeto de trato vejatorio y actitudes homófobas durante estas intervenciones policiales, lo que añade una dimensión discriminatoria al problema. Es fundamental subrayar que la lucha contra las drogas no debe sustentarse en la criminalización de los consumidores, ya que esta estrategia no solo resulta ineficaz desde el punto de vista de la salud pública, sino que representa un obstáculo para el acceso a recursos sanitarios preventivos y asistenciales. Apostar por un enfoque centrado en los derechos humanos, la reducción de daños y la intervención comunitaria es clave para abordar el chemsex con rigor, empatía y eficacia.

Y ya, por último, si me lo permiten, en conclusiones -es como una carta a los Reyes Magos-, voy a comentar ocho puntos que creo fundamentales para un abordaje del chemsex. El primero es que precisamos de medios económicos que sostengan de manera estable la atención frente al chemsex, desde la Administración pública, CAD, CAID, centros de ITS, Atención Primaria, hospitales y, por supuesto, las asociaciones comunitarias, que lejos de duplicar servicios somos aliados de todo lo público. Se precisa de una formación en materia de chemsex y de competencias culturales tanto a profesionales sociosanitarios como a fuerzas y cuerpos de seguridad. Urge fortalecer las acciones dirigidas a la educación sexual con el fin de prevenir un consumo problemático en la comunidad; dotar de los recursos necesarios dirigidos a la salud mental y especialmente a la patología dual como estrategia para promover la prevención y la atención frente al chemsex; garantizar el acceso universal de todas las personas al sistema sanitario y eliminar la lista de espera de la PrEP como medidas para prevenir el VIH y evitar la transmisión de ITS. Asimismo, actualización constante sobre chemsex y sustancias utilizadas en dicho contexto por parte del sistema judicial que permita un abordaje y una legislación realista ajustada al contexto y destacando o incluyendo las agresiones sexuales. Se precisa de una mayor involucración por parte del empresariado LGTBIAQ+, para contar con sus espacios como aliados. Y, por último, fortalecer unas políticas públicas dirigidas a la reducción de riesgos y daños libres de estigmas en materia de chemsex.

Como punto final, aunque el chemsex sea un uso particular, un uso sexualizado de sustancias en una población concreta, es en la actualidad un problema de salud pública que requiere de una respuesta multidisciplinar dotada de los recursos necesarios para un abordaje eficiente, libre de estigmas y criminalización basado en los derechos humanos. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias. Es el turno de los grupos parlamentarios, que tienen un tiempo de cinco minutos. Tiene la palabra la señora González.

La Sra. **GONZÁLEZ GÓMEZ**: Muchísimas gracias, señor Zaro. De nuevo, como al compareciente anterior, le agradezco su comparecencia y también le agradezco su trabajo incansable con y por la comunidad, sin el que, desde luego, las consecuencias y las problemáticas derivadas de todo esto que estamos hablando hoy serían muchísimo más graves, porque están ustedes no solo haciendo el trabajo que les corresponde como organización comunitaria, sino también supliendo las carencias del trabajo que la Administración pública en la Comunidad de Madrid, en este caso, tendría que estar haciendo en todo este ámbito.

Me gustaría comenzar recogiendo algunas de las ideas que ha lanzado en su última intervención el señor Del Romero, que suscribimos absolutamente y que nos gustaría destacar, porque, de cara, después, a las conclusiones de todas estas sesiones, estamos totalmente de acuerdo en la necesidad de una educación sexual y afectiva en todas las fases educativas dentro de una educación para la salud; en la distinción entre el consumo problemático y el no problemático, y en esto nos gustaría insistir, incluso el portavoz del PP, cosa que celebramos, ha utilizado estos términos; en la importancia del alcohol como factor de abandono del uso del preservativo, y en este sentido, ahora a continuación insistiremos al compareciente, y en la importancia del respeto a la diversidad. Y describía, además, en su intervención anterior el señor Arias, el portavoz de Vox, el perfil de persona usuaria de chemsex como este hombre blanco, cis, homosexual o bisexual, con un salario medio-alto, de en torno a 35 años. En realidad, lo que estaba describiendo usted es el único perfil por el cual las Administraciones públicas, finalmente, están reaccionando, pero en realidad el perfil es mucho más amplio y hay muchísimas personas en situaciones mucho más vulnerables que las de ese perfil que también están sufriendo problemas de adicciones y consecuencias muy graves en sus vidas, como personas migrantes o personas que se dedican al trabajo sexual, también involucradas en este consumo problemático relacionado con el chemsex.

Señor Zaro, hemos visto que, entre las sustancias consumidas relacionadas con el chemsex, hay un porcentaje de un 85,9 por ciento de consumo de alcohol, y nos gustaría que nos dijera qué opina de que el plan de drogas de la Comunidad de Madrid no incluya el consumo de alcohol, porque esto no solo invisibiliza, sino que dificulta muchísimo el trabajo, una gran parte del trabajo que hay que poder hacer con esta comunidad.

Desde luego, un problema del que en la comparecencia anterior no hemos hablado, pero que creo que es muy importante que aquí hablemos, es el tema de las agresiones sexuales entre hombres en contexto de chemsex. Nosotras en nuestro programa Albatros y también en la proposición no de ley que defendimos hace más de un año en esta Cámara hablábamos ya de lanzar campañas de concienciación con foco en el colectivo LGTBIQ+ sobre sumisión química y agresiones en contexto de chemsex enfocadas en prevención y denuncia, junto a formación específica para profesionales sanitarios, jurídicos y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, porque sabemos precisamente, y es algo que nos preocupa especialmente, la dificultad que tienen muchísimos hombres para reconocerse

víctimas de agresiones sexuales. Precisamente una de las cuestiones en las que la cultura machista victimiza a los hombres es negarles el derecho a reconocerse como víctimas cuando lo son y desde luego creemos que esto es grave y que esto no es culpa de las feministas, esto es culpa del machismo también, y es una de las formas que tiene el machismo de victimizar también a los hombres, negarles la posibilidad de ser víctimas cuando lo son. De nuevo reiterar el agradecimiento por su comparecencia y por el trabajo que hacen desde su organización.

Otra de las medidas que nos parecen fundamentales es fortalecer a las organizaciones comunitarias que son clave en la asistencia a comunidades específicas como la nuestra, como la comunidad LGTBIQ+ tanto en temas de infecciones sexuales y problemas de salud relacionados como en cuestiones de adicciones y que son fundamentales -y ya termino- para abordar enfermedades estigmatizadas como el VIH o como se están convirtiendo algunas infecciones de transmisión sexual porque acceden a áreas que están fuera del alcance administrativo y acceden a personas, son la puerta de entrada para muchísimas personas que como primera opción no acceden al sistema de salud. Muchísimas gracias de nuevo, señor Zaro.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Grupo Parlamentario Vox, disponen de cinco minutos.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Bueno, gracias, presidente. Buenos días, señor Iván. Gracias. Voy a hacer solamente tres preguntas. Me congratulo de que hayan tocado algún tema que precisamente yo quería tocar y es, primero, entender que el consumo de drogas en un contexto sexual creo que no es nuevo porque las drogas se utilizan para intensificar, prolongar, facilitar el sexo de muchas personas en este contexto que estamos hablando o en el del heterosexual y sobre todo y el más frecuente es el de la prostitución. O sea, el que conozca un poco el tema sabe que en la prostitución -y me da igual que sean mujeres, que sean trans, que sean hombres, me da exactamente igual- se utiliza cocaína para mantener relaciones sexuales, unas veces porque incluso en un alto standing cobran más si utilizan cocaína y alcohol con el cliente porque están más tiempo y cobran más y, si es de bajo standing, lamentablemente porque son personas que tienen un trastorno de consumo de sustancias y que necesitan utilizar la prostitución para conseguir dinero y consumir y seguir consumiendo. Por eso mi pregunta, ya que usted ha comentado que esto es una práctica en el fondo minoritaria, es si ustedes consideran que el tema este, por ejemplo, en el tema de la prostitución existen más o menos recursos que los que se están utilizando en este momento para el tema, por ejemplo, del chemsex, teniendo en cuenta que el tema de la prostitución, después de las drogas, es el que más dinero genera.

Y la siguiente: no puedo evitar estar muy en contra de la señora de Más Madrid porque he dedicado muchos años de mi vida a tratar víctimas y victimarios y este tema de las víctimas en el tema del chemsex es absolutamente invisible, y es invisible porque no denuncian, pero no por estigma. No denuncian, primero, porque muchas veces ni saben lo que ha pasado, no saben lo que ha pasado porque han tenido una intoxicación grave que ha acabado en el hospital y en el hospital ni saben lo que ha pasado porque tiene una amnesia, o han acabado sin saber, sabiendo que algo ha pasado, porque además les han robado, etcétera, etcétera, pero tampoco pueden dar ningún dato porque no saben ni

lo que han consumido posiblemente porque han sido casos de sumisión química, como ocurre cada vez más en el ámbito homo y hetero.

Después, hay otro tema también muy frecuente y muy invisible que a mí me gustaría que me dijera usted si lo conoce y si tiene conocimiento de ello, porque muchas veces los que hemos trabajado en el ámbito médico nos ha llegado, pero la persona se niega rotundamente a denunciar, de ahí que yo esté tan en contra con la ley actual sobre agresiones sexuales, porque muchas veces la gente no denuncia por otras razones que no son las de una secuela psíquica. Muchas veces estas personas han podido ser grabadas en el contexto de chemsex y posteriormente extorsionadas con que van a ser difundidas sus imágenes y les exigen o dinero o le exigen que sigan realizando prácticas de sexo, y estas personas no van a denunciar nunca porque están bajo una extorsión. A mí me gustaría saber si usted tiene conocimiento de estos casos.

Y ya, por último, porque ya le he dicho que eran tres preguntas, si usted cree que se están normalizando estas prácticas y digo normalizando en el sentido de que las personas no ven riesgo, y a mí me llama la atención que no se vea riesgo y que pidamos muchos cursos, sensibilización, etcétera, cuando me están diciendo que el perfil del consumidor de chemsex es un hombre de casi mediana edad y con estudios superiores; es decir, ¿qué le voy a enseñar yo a este señor que él no sepa? Esas son fundamentalmente mis preguntas. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Turno del Grupo Parlamentario Socialista; disponen ustedes de cinco minutos.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Gracias, presidente. Buenos días, señorías. Gracias, señor Zaro, por comparecer ante esta comisión. Para mí, particularmente, es un placer contar con su presencia aquí sabiendo de su extenso trabajo en la lucha por visibilizar a los colectivos especialmente estigmatizados dentro del colectivo LGTBIQ+. Usted ha estudiado y escrito sobre la prostitución masculina y ha trabajado activamente contra el estigma del VIH haciendo de las campañas culturales la herramienta más potente para erradicar la ignorancia que conlleva el estigma social; le repito, para mí, como parte del colectivo, es un placer tenerle aquí y escucharle. Le he escuchado atentamente y antes de entrar a preguntarle el montón de cosas que he escrito, que no voy a poder preguntar porque me quedo sin tiempo, celebro la actitud y las preguntas que han formulado los compañeros del Grupo Parlamentario Vox, porque yo entiendo que no son incompatibles con lo que ha planteado la diputada de Más Madrid, son perfectamente compatibles y además el abordaje desde todos los prismas de esta situación ahondaría en que demos con la solución al problema; por tanto, celebro este abordaje que estamos teniendo tan plurivisual de la situación.

Dentro de las cosas que me vinieron a la cabeza mientras usted estaba hablando, me gustaría preguntarle por qué las personas utilizan drogas psicoactivas en las relaciones sexuales. ¿Cuáles son las causas con mayor presencia para esto? ¿Cuáles son los umbrales para considerar chemsex problemático o no problemático? Estamos ante un nuevo intento de estigmatización del colectivo LGTBIQ+ cuando abordamos esto en una comisión de esta naturaleza. Usted cree que si aumentamos

el nivel de conciencia -y esto retomando un poco la idea de la última intervención del anterior compareciente- sobre las consecuencias del abuso de sustancias, ¿se incide en la reducción de prácticas sexuales con drogas? ¿Cómo se puede hacer esto? Desde su experiencia, ¿qué podríamos hacer específicamente en este sentido? El trabajo que se realiza en los centros educativos sobre sexualidad con adolescentes, ¿qué papel podría jugar? Esto evitaría que la principal fuente de información sobre drogas y sexos en Internet o los amiguetes.

Desde su experiencia, ¿qué diferencias fundamentales existen, si las hay, entre el estigma que sufren las personas con VIH, el estigma que sufren las personas dedicadas a la prostitución masculina y el estigma que padecen las personas que utilizan las prácticas de chemsex? ¿Estamos ante fenómenos distintos o es la misma cuestión? ¿Cómo podemos combatir el estigma asociado a las prácticas de chemsex? Esto se lo pregunto porque para entender el abordaje que como Administración pública debemos dar a las políticas públicas que tienen como objetivo reducir el consumo y abuso de drogas en la Comunidad de Madrid basándonos en la ciencia, en los datos, y no en las percepciones individuales o en los dogmas morales. Hablar de nuestro colectivo es algo que incomoda a muchos y a muchas y es una pena, porque algunas visiones puritanas y moralistas impiden debates serios sobre nuestras realidades, realidades tan diversas como personas hay y, si a esto sumamos deseo, sexo, drogas, prostitución, a muchos les da un síncope. Todos estos factores aumentan el desconocimiento y los estigmas. Necesitamos políticas públicas que abandonen la mirada punitiva y moralizante, necesitamos programas de reducción de daños que sean accesibles, suficientemente financiados, con personal especializado y que se haga un abordaje integral de la situación. Necesitamos espacios seguros donde estas personas puedan recibir acompañamiento psicológico, atención médica y orientación sexual positiva sin que sientan el temor a ser juzgadas o criminalizadas, y donde la edad creo que no es un factor determinante, la educación sexual positiva no tiene edad o no debería tenerla.

Erradicar el estigma asociado al chemsex es promover la salud y sentar las bases para combatir el abuso de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales, es reconocer que la única política pública verdaderamente efectiva es la que centra la vida en el centro de la cuestión, es tener el coraje de mirar de frente lo que incomoda y es, sobre todo, dar una respuesta ética, alejada de las percepciones, de los dogmas morales, de la mirada castigadora. La respuesta debe estar basada en la ciencia, en la empatía y en los derechos humanos. La sexualidad no debe ser castigada, el deseo no debe ni puede ser patologizado, no podemos permitirnos perder ni una sola vida de alguien LGTBIQ+ por ignorancia, por prejuicios, por rechazo, por miedo o por abandono institucional. Debemos invertir en campañas de información y no en propaganda del miedo. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Marcano. Turno para el Grupo Parlamentario Popular; señora Carlota Pasarón, dispone usted de cinco minutos.

La Sra. **PASARÓN GONZÁLEZ**: Muchas gracias, presidente. Señor Zaro, hoy hablamos en esta comisión sobre un asunto que en sí mismo es preocupante, el chemsex, pero consideramos que hay una amenaza que se cierne sobre las personas atrapadas en estas prácticas que es todavía peor: la relativización, por no decir banalización, que algunos quieren hacer del chemsex. Estamos en una

Asamblea regional, estamos aquí sentados grupos políticos, no médicos o enfermeros, venimos a hablar de las políticas que se deberían llevar a cabo para tratar de erradicar esta práctica; así es como lo entendemos los que realizamos nuestro trabajo siendo conscientes de la responsabilidad que tenemos desde la política.

Usted comparece hoy a propuesta de Más Madrid, un grupo que, como han explicado ellos mismos, presentó el programa Albatros, documento que sirve de base ideológica a las posiciones que están defendiendo en esta comisión. Ese programa plantea cosas que nos parecen que nacen de intentar contentar a algunas personas y dejan completamente de lado el drama de la realidad que se vive en torno al chemsex; es más, consideramos que las propuestas que se plantean son dañinas para esas vidas atrapadas en este infierno y que, en el mejor de los casos, acabaría fomentando que más gente acabase cayendo en él. Se habla abiertamente de gestionar, como el que gestiona un presupuesto, gestionar satisfactoriamente el consumo de drogas, se proponen programas educativos para traficantes minoristas, se defiende que los consumidores recreativos no deben ser penalizados y se habla de distribuir kits de testeo de sustancias para que quien consuma sepa qué se está metiendo. ¿Comparte usted esto? ¿Cree de verdad que la función de las políticas públicas debe ser enseñar a drogarse mejor? ¿Considera que es responsable que las Administraciones sean tolerantes con los narcotraficantes y les permitan lucrarse de las personas enganchadas a las drogas que ellos mismos les suministran? Porque una cosa es la reducción de daños y otra muy distinta es lo que Más Madrid propone: normalizar el consumo. Sus propuestas se podrían resumir en el siguiente lema: que cada uno se pinche lo que quiera, siempre que lo haga informado. Eso es condenar a la gente desde los cómodos sofás de los despachos a renunciar a la vida. ¿Dónde pone el límite Más Madrid? ¿Si una práctica es relativamente mayoritaria, es válida y, si es marginal, entonces no? Por ejemplo, ¿qué plantean para el consumo intravenoso de drogas en el chemsex? ¿Qué hacemos con eso?, ¿un manual de buenas prácticas? ¿En los ochenta hubiesen planteado un manual de buenas prácticas sobre cómo pincharse heroína y lo hubiesen presentado en los colegios?

Otra cosa que llama la atención en el documento que impulsa Más Madrid es que nunca se habla de adicción, sino de usuarios, de personas en procesos de gestión, de consumo cultural, concepto que viene al hilo de lo que ustedes entienden como cultura sexual gay, y eso es un relato para esconder una realidad mucho más dura. ¿Ustedes creen que podemos hacer prevención sin nombrar la adicción? ¿De verdad alguien atrapado en esta espiral puede salir sin una intervención desde la verdad que le diga lo que en muchos entornos no se atreven a decir, que esto no es libertad, que es dependencia? ¿Por qué es tan difícil para algunos decir que hay prácticas que están mal, sin moralina, sin estigmas, pero con claridad? ¿Por qué tanto miedo a la palabra no? ¿Por qué tiene que blanquearse todo, incluso lo que te destruye la vida? Aprovecho aquí para hacer una mención a lo que ha dicho la señora González. A ver, señora González, claro que dije que el chemsex está mal y lo mantengo, pero usted ¿qué es lo que dice?, ¿que el chemsex está bien?, ¿que da igual?, ¿que drogarse es bueno?, ¿que es inocuo? (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, por favor, no hagan un debate; dejamos que intervenga la portavoz del Partido Popular.

La Sra. **PASARÓN GONZÁLEZ**: ¿Que es irrelevante? Y, además, después de escuchar todo esto, ¿es usted capaz de decirme que el chemsex es algo bueno? (*Rumores.*) Bueno, si se está dispuesto a relativizar y banalizar el chemsex, no es de extrañar que se haga abiertamente sobre el cannabis. Nosotros lo hemos dicho desde la primera sesión de esta comisión: el camino de las drogas comienza con el cannabis, por eso el empeño de Más Madrid en blanquearla, porque es la más perjudicial y peligrosa de todas. Si consiguen eso, el resto va detrás. Nosotros creemos que acompañar no es justificar y que decir las verdades es la única forma de ayudar y lo que ustedes proponen no es prevención, es rendición. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Pasarón. Pasamos a la segunda intervención del compareciente; dispone usted de un tiempo de diez minutos.

El Sr. **TRABAJADOR SOCIAL, COFUNDADOR Y DIRECTIVO DE IMAGINA MÁS (ONG DE SALUD SEXUAL, DIVERSIDAD E IGUALDAD), EXPERTO EN ATENCIÓN A PERSONAS CON VIH Y A PERSONAS USUARIAS DE DROGAS EN CONTEXTOS DE CHEMSEX** (Zaro Rosado): Estoy ahora mismo abrumado y creo que me voy a dejar muchas cosas pendientes. Bueno, en primer lugar, creo que hablar mucho de estigma y es muy transversal y está claro que, cuando hablamos de sustancias, parece que hay sustancias buenas o malas, pero no hay que olvidar que hay drogas, drogas que son legales, como el alcohol y el tabaco, ¿no? Incluso, si me permiten, otro tipo de drogas que van con receta, que se compran en farmacias, que también son drogas y que, bueno, tendríamos que analizar que España no solo es el país con mayor uso de cocaína, sino que también es de los mayores consumidores de benzodiazepinas. ¿Y por qué la gente utiliza drogas o usa benzodiazepinas? No solo porque evidentemente clínicamente, en este caso, la droga legal te la receta una doctora, sino además también, primero, por el placer -se habla mucho del placer y el placer está ahí y es muy disruptivo-, pero luego también como una manera de afrontamiento, afrontamiento de personas que tienen que gastarse más del 60 por ciento del dinero en pagar una vivienda, que no van a poder comprarse sus casas, la precariedad laboral... Todo esto hace que muchas personas encuentren en la sustancia una manera de atravesar, de afrontar su día a día, ¿no?; eso, para empezar. Y evidentemente, las drogas legales parece que no tienen ese estigma, pero no dejan de ser drogas y el alcohol es una droga y aquí viene siempre mucho a colación hablar de ¿siempre que tomamos tres cervezas, ya desarrollamos alcoholismo? No. Pues igual pasa con el resto de sustancias, hay sustancias... Cuando hablamos de sustancias ya no solo es la sustancia en sí misma por el potencial adictivo que tiene, sino es el proceso personal de la persona que tenga mayor predisponibilidad al desarrollo a adicciones, luego todo el bagaje cultural que pueda tener, en el caso del chemsex, el nivel de homofobia y de trauma que haya podido llevar porque muchas veces atraviesas, afrontas a través de las drogas todo esto, y esto lo vamos a ver en general a través de las rancheras o a través de las canciones populares, ¿no?, como beber para olvidar, ahogar las penas en el alcohol. Esto es algo muy cultural, todo el mundo entiende de una droga como es el alcohol y es legal, ¿no?, pues algo también parecido puede ser usado en el campo de chemsex. Por supuesto, el alcohol es algo intrínseco en nuestro día a día, en la socialización, de hecho, cuando alguien toma antibióticos y no puede... ¡Bueno!, de hecho, brindar con agua parece que da mala suerte y no. O sea, tenemos tan interiorizado el alcohol en este país que parece que ni

siquiera es droga y, por supuesto, es uno de los disparadores para el consumo de otras sustancias; eso, fundamental.

Reivindicar también que, en cuanto a las asociaciones comunitarias, hemos sido las primeras que hemos dado respuesta al VIH en este país y lo seguimos dando, lo seguimos haciendo. El VIH o el chemsex no solo es algo clínico, médico, sino que tiene un abordaje psicológico y cultural; el estigma del VIH, de hecho, en la Comunidad de Madrid -pregunto así en alto- en las unidades infecciosas, ¿cuántas psicólogas y psicólogos hay prestando atención a las personas que vivimos con VIH? ¡Ninguno! Lo estamos haciendo en las asociaciones comunitarias prestando esa atención, cosa que es fundamental, y con el chemsex hemos sido las primeras.

Bien, luego en cuanto al tema del estigma y a todo lo que tenga que ver con la comunidad LGTBI a la hora de denunciar, evidentemente hay un temor a la hora de recibir juicios y recibir miradas o comportamientos por miedo a denunciar cuando yo he entrado voluntariamente a un chill, y es fundamental hacer una pedagogía del consentimiento, porque, aunque yo entre a un chill, aunque yo vaya a una sauna, no estoy autorizando ni consintiendo que todo el mundo me toque o que todo el mundo haga conmigo nada, ¿no? Y ese es uno de los principales sesgos que tenemos a la hora de denunciar: "es que yo entré en esa sauna, es que yo entré en ese chill", y parece que cuando hemos entrado estamos accediendo a todo y no. Tenemos que empezar a cambiar esa cultura de que yo puedo entrar a un chill y no autorizar a que me estén tocando o no autorizar.

Por supuesto, lo que ha comentado del tema de las grabaciones. Dentro de las violencias del chemsex, una a la que nos exponemos puede ser esa: no solo es poder recibir algún tipo de agresión sexual, sino también poder ser grabados en un entorno privado. Y, al igual que todo esto, yo no tengo conocimiento en mi día a día de personas que están siendo extorsionadas con esas grabaciones, afortunadamente no lo tengo, pero sí hemos conocido en la Comunidad de Madrid organizaciones que han utilizado el Grindr para agredir, para pegar, para extorsionar a víctimas utilizando estas aplicaciones para meterse ahí. Hemos tenido incluso casos de asesinatos en este país que están siendo investigados además por causas diferentes en lugar de aunarlas, ¿no? Eso quiere decir que es una de las máximas violencias que tenemos al chemsex, no solo al desarrollo de adicciones, sino al ser asesinados incluso por contextos que no son de chemsex, pero utilizan estas aplicaciones para entrar en esta comunidad.

Y, luego -es que tengo un montón de cosas aquí apuntadas-, en cuanto al tema del uso sexualizado de sustancias, evidentemente -lo voy a reivindicar siempre-, creo que la reducción de daños no es una opinión personal, creo que es un hecho científico. Todas las medidas de reducción de riesgos y daños salvan vidas, ¡salvan vidas! Tienes que enseñar a una persona a pincharse cualquier sustancia, ¡tienes que hacerlo! No puedes obligar a una persona a hacer deporte, a comer sano, a dormir ocho horas, eso nadie de la comunidad, nadie de la sociedad, nadie del estamento público puede hacerlo, pero la persona que decida no cuidarse, entendido como "voy a hacer uso de sustancias que puede impactar en mi salud", yo tengo la obligación de que reduzcas daños y riesgos. No estoy creando una guía del slam donde se diga que es maravilloso y sea saludable pincharse, no estoy diciendo eso, estoy dando herramientas para que una persona reduzca daños.

Y, en cuanto a la banalización, voy a poner un caso aquí sobre la mesa. Yo he tenido usuarios y amigos que han fallecido por chemsex; todo lo que hablo no lo hablo desde la banalización, lo hablo desde la urgencia y lo hablo desde el cariño y el amor que tengo a mi propia comunidad y a la ciudadanía. No podemos permitir que la gente se siga muriendo y hay casos todos los años donde se mueren las personas, se mueren porque no saben que no pueden combinar GHB con ketamina o con alcohol, que no saben que tiene que echarse una varilla cada dos horas. Yo con esto no estoy haciendo apología de la droga, estoy dando herramientas para que esa persona sobreviva y, cuando esa persona tome consciencia si tiene un problema de consumo y adicciones, que los hay, yo no estoy diciendo que no los haya, cuando tome esa conciencia y solo cuando tome esa conciencia, podrá acudir a organizaciones o a CAD o a CAID en busca de ayuda, es la única manera, pero mientras tanto tenemos la obligación moral, científica y sanitaria de dar esas herramientas. Y, por supuesto, de verdad, es algo que a mí me ha dolido profundamente, no es ninguna banalización, porque yo he tenido pérdidas humanas en todo esto. ¿Me dejo algo más? *(Pausa.)* No, ¿no? Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias por su intervención. Como saben, hacemos un descanso entre la segunda y la tercera comparecencia, así que, bueno, pues hacemos un descanso de cinco o diez minutillos y volvemos a comenzar.

(Se suspende la sesión a las 11 horas y 43 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 12 horas y 2 minutos).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, damos comienzo al tercer punto del orden del día.

C-841/2025 RGE.11058. Comparecencia del Sr. D. Paule González-Recio, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, investigador en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III – ISCIII, en áreas de Epidemiología y Salud Pública, consumo de sustancias y la salud pública en poblaciones vulnerables, en calidad de experto, 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 Tercera de las Reglas Básicas sobre la composición, organización y funcionamiento de la Comisión).

Puede tomar asiento usted cuando quiera. *(Pausa.)* Y le recuerdo que dispone usted de una primera intervención de quince minutos; a continuación, los portavoces del resto de grupos intervendrán durante cinco minutos cada uno y dispone usted de una última intervención de diez minutos. Así que cuando quiera... Lo tiene ya preparado, ¿no? *(Pausa.)* Como le decía, dispone usted de quince minutos a partir de que empiece su exposición. *(Pausa.)* Adelante; cuando quiera.

El Sr. **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E INVESTIGADOR EN LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD**

CARLOS III EN ÁREAS DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y LA SALUD PÚBLICA EN POBLACIONES VULNERABLES (González Recio):

Muy bien. Buenos días y muchas gracias por la invitación. Antes de comenzar, sí que quiero, al igual que hacemos los investigadores en muchos contextos, aclarar que mi comparecencia aquí tiene lugar a título individual, como persona experta, y que nada de lo que diga supone necesariamente un posicionamiento por parte de ninguna de las instituciones o grupos para los que trabajo o con los que tengo filiación científica, que es algo que en política científica solemos decir en todos los sitios a los que vamos.

En primer lugar, me parece importante contextualizar de qué estamos hablando cuando hablamos de chemsex, que al final es para lo que estamos hoy aquí; porque el chemsex es un tipo concreto de uso sexualizado de sustancias que se da dentro de parte de la comunidad LGTBIQ+, de manera que está profundamente atravesado por un componente cultural, y ahora iré un poquito sobre esto. Digo esto porque el uso sexualizado de sustancias, por supuesto, no es exclusivo de la comunidad LGTBIQ+; sin embargo, cuando hablamos del chemsex, bajo este anglicismo concreto, por la propia definición del término -que al final es lo que estamos haciendo hoy aquí-, nos referimos exclusivamente a un tipo de consumo sexualizado de sustancias que se da dentro de la comunidad LGTBIQ+. Por eso vamos a estar hablando del colectivo y de este tipo de uso sexualizado de sustancias, no porque sea exclusivo sino porque sí lo es en la propia definición del chemsex. Y creo que es importante también, para no generar estigmas, que al final este tipo de cosas se aclaren y sepamos bien de qué estamos hablando. Y a esto me refiero también cuando digo que está atravesado por un componente cultural y la pertenencia a una comunidad, porque el consumo de drogas en general es algo que está muy marcado por la cultura, igual que pasa con el consumo de alcohol, que en España o en otros países de nuestro entorno mediterráneo es muy distinto tanto en tipos de alcoholes como en patrones de consumo respecto al norte de Europa, o igual que algunas sustancias, como la cocaína, claramente están cruzadas por el género o una clase socioeconómica en su consumo en España y en la Comunidad de Madrid. Esto también pasa con el chemsex, y por eso estos patrones de consumo están ligados desde lo cultural, como contaba antes Iván Zaro, con unos lenguajes concretos y una serie de componentes culturales concretos.

Más allá de esto, las definiciones, que son complejas, no incluyen necesariamente que se consuman determinadas sustancias concretas ni que se haga con un cierto número de personas ni que se realicen unas prácticas sexuales determinadas. Sin embargo, es verdad que el chemsex tiende a representarse como un fenómeno homogéneo, pero la evidencia que tenemos nos dice que no es así. En el único estudio cuantitativo que tenemos en España, lo que nosotros hicimos fue analizar si existen dentro del chemsex distintos tipos de sustancias consumidas y, sobre todo, si tienen distintos riesgos potenciales asociados. Las sustancias y las prácticas que se realizan tienen una serie de riesgos asociados a la salud, pero estos pueden variar, por supuesto, dependiendo de las sustancias, las prácticas, los patrones de consumo y otros factores contextuales -de los que también hablaré- que nos dice la evidencia.

Según este estudio, más de las personas que refieren practicar chemsex participan en sesiones que podríamos denominar como de menor riesgo o de bajo riesgo, donde casi la mitad la única sustancia

que consume es popper y donde, en general, la mayoría de prácticas que podrían tener más riesgo, tanto sexuales como de consumo, son bastante infrecuentes o incluso anecdóticas, como pasa con el consumo inyectado.

Por otro lado, sí que existen sesiones -es verdad- que yo creo que concuerdan más con el imaginario colectivo que tenemos del chemsex, en las que sí que hay mayores riesgos potenciales para la salud -esto es una realidad-, y aproximadamente nosotros vemos que 1 de cada 5 personas que practican chemsex participarían en este tipo de sesiones con un mayor riesgo potencial para la salud.

Para la salud pública y para la política sanitaria, creo que esto es profundamente importante porque nos permite focalizar recursos, focalizar intervenciones en las personas que más los necesitan y de la manera más óptima y, además, creo que también permite un poco evitar discursos que pueden ser en ocasiones alarmistas o estigmatizantes, que al final no terminan resultando especialmente beneficiosos ni para la comunidad ni para las propias personas usuarias. Entonces, creo que es importante poder focalizar estos recursos y en esta línea, igualmente, es importante distinguir, como se ha hecho previamente, entre el chemsex problemático y el chemsex no problemático. Al igual que sucede con el consumo de otras sustancias, con el alcohol o con otras drogas, que no todo intrínsecamente se nombra como problemático, como hace toda la evidencia científica o hacen las grandes nosologías, los manuales diagnósticos, como el DSM, que no nombran todo consumo de cualquier sustancia en cualquier contexto como un problema intrínseco, esto también pasa con el chemsex. Y a grandes rasgos y simplificando un concepto que en realidad es bastante complejo, podríamos hablar del consumo problemático como aquel que presenta consecuencias negativas para la salud o que interfiere con algún tipo de esfera vital de las personas usuarias, como pueden ser las esferas sociales. Como decía, realizar estas distinciones es lo que nos permite focalizar recursos asistenciales en las personas que verdaderamente más lo necesitan, y esto es importante para la salud pública y para que no creemos también estrategias de salud pública que al final terminan matando moscas a cañonazos y que en ocasiones pueden resultar, como decía, más dañinas que beneficiosas por la generación y perpetuación de estigmas.

Y ahora voy a hablar también de bastante evidencia sobre el estigma y cómo el estigma afecta a la salud según los distintos estudios que hay publicados. Algo que en la evidencia sí que nos dice que toma una clara relevancia para toda la comunidad de todas las personas usuarias, no solo quienes practican un chemsex problemático, son las estrategias de reducción de riesgos o de reducción de daños, que son fundamentales, como decía, para la salud de las personas usuarias. Esto está ampliamente apoyado por las distintas revisiones sistemáticas publicadas al respecto -les puedo dar referencias si las desean, si las necesitan, al terminar-, el mayor grado de evidencia científica que tenemos publicado en revistas de alto impacto, que apuntan a cómo estrategias de reducción de daños mejoran la salud de la población y deben estar lo más extendidas posible, por tanto, tanto por parte de las instituciones como de las organizaciones comunitarias, como tradicionalmente se ha hecho en España y también se ha hecho en la Comunidad de Madrid, donde se abrieron de las primeras salas de consumo supervisado, lo cual tuvo un gran impacto en reducir la mortalidad por consumo de heroína y otras mortalidades relacionadas, por ejemplo, con infecciones por VIH. Por lo tanto, son realmente

estrategias que tienen muchísima evidencia científica y donde probablemente tiene también bastante sentido -nos dice la evidencia- poner el foco a nivel de estrategias de salud pública.

Además, creo que también, revisando la evidencia científica, vemos que hay causas del chemsex problemático; porque si esto lo asumimos como un problema social o algo de lo que al menos vale la pena estar hablando, hay causas que son socialmente prevenibles, y yo creo que ahí vale la pena poner el foco, porque es donde tenemos realmente también un importante margen de acción, tanto desde la salud pública como desde la política sanitaria: ver qué es prevenible, de qué manera y qué sirve para prevenir y qué no, y qué mejora la salud de la gente y qué no.

Uno de los principales marcos desde los que desde hace décadas se ha explicado el consumo problemático de sustancias y cómo este es mayor en poblaciones que sufren discriminación es la llamada teoría del estrés de minoría, según la cual formar parte de un grupo socialmente estigmatizado y discriminado deriva en un estrés crónico que tiene consecuencias en salud mental, entre las cuales puede estar el consumo de sustancias. Existe mucha evidencia, muchísimos papers que respaldan que una parte de los consumos problemáticos -no todos, pero una parte importante- se deriva de la discriminación y la LGTBIQ-fobia que la población sufre, incluido parte del consumo problemático sexualizado. Por ejemplo, en un estudio que nosotros tenemos ahora mismo en marcha sobre consumo sexualizado de sustancias en personas trans, observamos que las sustancias se utilizan como mecanismo de huida de manera mucho más frecuente en personas que han sido víctimas de algún tipo de agresión o de violencia transfoba. Esto toma especial relevancia si tenemos en cuenta que casi la mitad -según nuestros estudios- de las personas trans en España refieren que han sido agredidas físicamente a lo largo de su vida y hasta un 10 por ciento en los últimos doce meses. Por lo tanto, toda la evidencia apunta de manera consistente a que las medidas de prevención de la LGTBIQ-fobia en todas sus formas, tanto individuales como institucionales, son también medidas de prevención de uso problemático de sustancias y de consumo sexualizado problemático de sustancias. Si queremos prevenir el chemsex problemático -que yo creo que, por supuesto, debemos hacerlo- necesitamos centrarnos también en reducir la LGTBIQ-fobia con leyes y recursos que funcionen, tal y como nos dice la evidencia científica, porque este es uno de los principales mecanismos que derivan en consumos problemáticos.

Aunque el consumo de sustancias conlleva riesgos intrínsecos a la salud, también muy mediados por cómo se consume y que se puedan, por ejemplo, realizar estrategias de reducción de riesgos y daños, cabe destacar que para poder estudiar en salud pública el impacto en salud es fundamental también conocer si las personas que necesitan un recurso asistencial pueden acceder a ello si les sucede algo por lo que necesitan asistencia sanitaria. Y en una de nuestras investigaciones, nosotros observamos que entre personas que practican el chemsex, más allá de solicitar la profilaxis posexposición al VIH -o PPE-, menos de un 5 por ciento refería haber acudido a un servicio de urgencias hospitalarias a raíz de algo que le había sucedido en una sesión de chemsex, y menos de un 2 por ciento lo había hecho por síntomas relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo -y esto sí que me parece un grave problema de salud pública-, casi 1 de cada 5 personas de quienes no habían acudido a servicios de urgencias sí que referían que les había ocurrido algo por lo que deberían haber consultado, pero decían que no lo habían hecho. La mitad de estos casos hubiera sido, por ejemplo,

para solicitar la PPE. Esto nos dice que aún existen fuertes barreras para el acceso a servicios sanitarios entre personas que consumen sustancias -en concreto, entre quienes practican chemsex-; y esto es un importante problema, por supuesto, sanitario y para la salud pública, porque no podemos permitirnos que una persona que necesita asistencia sanitaria no la reciba.

La evidencia disponible, además, apunta a que son precisamente el estigma sobre el consumo o la LGTBIQ-fobia y la criminalización lo que hace que las personas que necesitan asistencia sanitaria en este contexto no la soliciten. Por tanto, también tenemos mucha evidencia de que debe ser una prioridad para la salud pública no reforzar el estigma ni la criminalización, dado que, según la evidencia internacional -hay muchísimos papers en el International Journal of Drug Policy que apuntan a esto-, la criminalización empeora la salud de las personas usuarias y dificulta enormemente que se realicen estrategias de reducción de daños que mejoran la salud y disminuyen la mortalidad. Por supuesto, estoy hablando de la despenalización no del tráfico sino de las personas usuarias y del propio consumo. Por ejemplo, si tú necesitas reconocer la comisión de un delito para acudir a solicitar asistencia sanitaria, es mucho más probable que no la solicites; o cuando una sustancia está fiscalizada, como pasó con la ley seca en Estados Unidos -como quizá conocen-, se crean otros derivados no criminalizados que son mucho más peligrosos para la salud. Por eso, organizaciones internacionales, como Onusida, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos o incluso la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito han hecho llamamientos reiterados a la despenalización del consumo y de las personas usuarias. Esto además, en España, es algo que siempre se ha entendido muy bien, y la tradición penalista española generalmente siempre ha sido contraria a la criminalización del consumo.

Pero es verdad que, aunque el Código Penal actual no castiga directamente a las personas usuarias, de facto actualmente nos estamos encontrando una criminalización de personas usuarias de chemsex, probablemente no siguiendo la voluntad del legislador sino simplemente por otras circunstancias. Principalmente, esto se debe a que actualmente, para delimitar cuándo la tenencia de una sustancia supone un indicio de delito de tráfico o entendemos que es una sustancia que una persona usuaria tiene para su propio consumo, se están utilizando las tablas de referencia del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, que son unas tablas que no están diseñadas para este fin porque no se basan en el uso recreativo -que al final es lo que nos indica que lo que una persona lleva encima para tres o cinco días es para uso recreativo o es para tráfico- sino que son un baremo técnico, como el propio instituto reconoce, que están diseñadas como dosis terapéuticas o mínimas. Entonces, si se están utilizando las dosis terapéuticas para multiplicar y calcular que es una sustancia de tráfico, de facto, un informe técnico está determinando los límites de un delito. No es mi campo decir si esto pone en jaque la reserva de ley orgánica o si pone en jaque, por ejemplo, la seguridad jurídica. Pero mientras que en sustancias como la cocaína las cantidades que marcan el indicio de un delito son tan altas como 7,5 gramos, para sustancias comúnmente utilizadas en el chemsex, como puede ser el GHB, las cantidades mínimas que pueden adquirirse en el mercado no regulado superan ya los límites establecidos para ser consideradas tráfico, porque esas sustancias, de nuevo, se están basando en criterios clínicos y no de consumo con fines recreativos, o teniendo en cuenta factores como la tolerancia. Esto tiene una extrema gravedad, porque cada vez más personas usuarias de chemsex que ni han traficado nunca ni tienen ninguna intención de hacerlo se están enfrentando a procesos penales

muy serios, probablemente en contra de la voluntad del legislador -porque el consumo no está criminalizado en España-, y, de facto, esto está suponiendo que personas LGTBIQ+ pasen procesos penales por el hecho de consumir sustancias más culturalmente ligadas a nuestro colectivo de lo que son sustancias como la cocaína o el cannabis, más prevalentes entre personas cisheterosexuales. Esto es un grave problema de salud pública porque, como dice la evidencia -y, de nuevo, les puedo mandar todos los papers que quieran-, las personas usuarias, ante la criminalización, usan menos los servicios de urgencias; por lo tanto, se reduce la asistencia sanitaria a personas que lo necesitan, se aumenta la vulnerabilidad y se impide que se realicen mayores estrategias de reducción de riesgos. En esta línea, probablemente también es fundamental realizar formaciones en salud pública a policías, a jueces, también a personas sanitarias, para asegurar también que las dosis clínicas no sean las que están marcando un delito de tráfico y que se asegure que la criminalización -que desde la salud pública no se ha hecho nunca en España- de los consumos individuales siga sin hacerse. Porque modelos de despenalización, como el de nuestros vecinos en Portugal, han mostrado que provocan un descenso de la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias, mientras que siguen totalmente trabajando con el tráfico de sustancias y atacando el tráfico de sustancias, pero sí que desde la salud pública tiene impacto en que reduce la mortalidad.

El Sr. **PRESIDENTE**: Su tiempo ha concluido, tiene que ir terminando.

EL Sr. **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E INVESTIGADOR EN LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III EN ÁREAS DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y LA SALUD PÚBLICA EN POBLACIONES VULNERABLES** (González Recio): Ya termino. Además, en esta línea de la criminalización, varios colectivos y la prensa, que al final no son indicios de evidencia cualitativa, aunque todavía no hemos podido publicar estudios, están denunciando, como os he comentado previamente, que se están llevando a cabo redadas en personas visiblemente LGTBIQ+ o en lugares de ocio de la comunidad, donde además se están denunciando humillaciones a personas consumidoras. Cosas que no tienen evidencia de que mejoren la salud de la población; de hecho, tienen evidencia de que la empeoran para las personas usuarias y que podrían, además, suponer una violación de derechos humanos.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Es el turno ahora de los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Socialista tiene la palabra el señor Marcano; dispone usted de cinco minutos.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Gracias, señor presidente. Muchas gracias, señor González-Recio, por aceptar la invitación de mi grupo parlamentario a comparecer y por su exposición, tan clarificadora, en la que se puede constatar que cuando se habla de chemsex no estamos ante una única realidad uniforme. Su exposición nos aleja de una visión simplista y la de los anteriores comparecientes también. Espero que el dictamen de esta comisión recoja en su sentido exacto la complejidad del tema que abordamos en esta sesión, que para nada es sencillo.

He ido tomando nota de algunas cuestiones. ¿Por qué se pone tanto el foco en esto? ¿El foco no debería estar de forma general en el consumo abusivo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, en elaborar campañas educativas y sanitarias que aborden la cuestión desde la infancia y la adolescencia? Y aquí retomo la intervención que ha hecho la persona que ha venido en representación del centro Sandoval, que ha abogado por elevar los niveles de educación en este sentido. Como investigador de la salud pública, cuando hablamos del universo de las drogas en la Comunidad de Madrid, ¿qué relevancia real tiene el chemsex? ¿Existen factores sociodemográficos que sean relevantes, además de la orientación sexual, relacionadas con el chemsex problemático? ¿Existen estudios que analicen los motivos por los que se inicia la práctica del chemsex? De ser así, podríamos evaluar la aplicación de políticas que incidan en estos motivos y no cifrarlo todo en la criminalización o en el castigo punitivo de la conducta.

Uno de los aspectos más reveladores de su exposición ha sido la gran variedad de prácticas relacionadas con el consumo de sustancias y sexo existentes, que se suelen englobar de forma simplista bajo una sola cosa, como si de una práctica única se tratase y como si fuera exclusivo de las personas LGTBIQ+ o si solo ocurriese en Chueca. ¿Es acertado desde el punto de vista de la salud pública, de los recursos públicos, criminalizar a las personas usuarias en estas prácticas, el castigo, las redadas a las que usted ha aludido, la exposición a vejación pública? ¿Surten algún efecto en la conducta de las personas que practican chemsex? ¿Qué daños produce la estigmatización social e institucional a las personas que utilizan la práctica del chemsex? ¿Qué medidas se han demostrado efectivas para reducir la práctica del chemsex que usted ha llamado problemático? Usted ha dicho que el riesgo es muy diverso cuando se llevan a cabo prácticas de chemsex. Entiendo que esta diversidad de riesgos implica necesariamente que no se pueda atender a todos por igual, y ha utilizado la expresión "matar moscas a cañonazos". Por tanto, ¿cómo podemos categorizar, si eso se puede hacer, o establecer niveles de acción según el riesgo?

¿Están los profesionales sanitarios de Atención Primaria preparados para el abordaje de personas que utilizan prácticas de chemsex? Esta estigmatización social y también institucional es tremendamente injusta, pero también hace mucho daño desde el punto de vista de la salud pública. Sin embargo, en esta comisión de estudio tenemos como objetivo escuchar a las personas que saben, a expertos como usted y los que le han precedido, para poder proponer políticas públicas dirigidas a cuidar la salud de todos y de todas y también a combatir los estigmas que alejan a las personas de los recursos públicos, al menos así lo entendemos en este grupo parlamentario. Porque cuando la sociedad empuja a las personas al margen, son los Gobiernos los que tienen la responsabilidad de tender la mano y de no levantar el dedo para juzgar.

Usted ha dicho que prevenir la LGTBIQ-fobia es ayudar en la prevención del chemsex problemático. No es nuevo el intento de la extrema derecha y de la derecha que se comporta como extrema por criminalizar a las personas del colectivo LGTBIQ+, aunque luego se arrogan para sí la defensa de nuestros derechos y libertades. Es un ejercicio de hipocresía importante. Hace veinte años, este país dio un paso de gigante en derechos humanos de la mano del presidente Zapatero y aprobó el matrimonio igualitario, con el voto en contra del PP. Y esto no se quedó ahí, la reacción posterior fue

recurrir ante el Tribunal Constitucional la ley, generando años de incertidumbre para muchas personas, hasta que el Alto Tribunal zanjó la cuestión. A mí me gustaría decirles a sus señorías del PP que, si realmente les interesa la salud de las personas LGTBIQ+, y que creo que es así, no se deben derogar derechos del colectivo, no se deben recortar derechos a las personas trans, que son las personas que históricamente más discriminación, más odio y más incompreensión han soportado por parte de la sociedad. Si realmente les preocupa la salud, el pequeño porcentaje de personajes LGTBIQ+ que mantienen prácticas sexuales acompañadas del consumo de sustancias psicoactivas que podemos considerar problemáticas, hay que ir a la raíz del problema, a las causas recurrentes, y tenemos que asegurarnos de que cuenten con toda la información y orientación que podamos brindar desde los recursos públicos, evitando la marginación, la exclusión y la criminalización. Detrás del sensacionalismo con el que muchas veces se aborda este tema, hay personas cuyas realidades a veces son dolorosas, que no son capaces de establecer verdaderas conexiones, que sienten que no son aceptadas. Muchas de estas personas se enfrentan a contextos de soledad, discriminación o salud mental no atendida. Nosotros no podemos añadir más estigma a estas realidades. El estigma no salva a nadie. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Marcano. Es el turno para el Grupo Parlamentario Vox; dispone usted de cinco minutos.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Gracias. Buenos días. Nuestro grupo no va a hacer ninguna pregunta específicamente, pero sí me gustaría aclarar una cosa, porque me ha parecido un poco grave la referencia que ha hecho sobre la tenencia de sustancias y que haga referencia a la tolerancia y a que se basa la justicia en lo establecido por el Instituto Nacional de Toxicología como dosis media. Solo quiero informar que se multiplica por 5 la dosis media, es decir, si tiene 200 miligramos de ketamina, se consideraría tráfico o posible tráfico los 100 gramos. Realmente... (*Rumores.*) Sí. No, no, ahora me contesta. Sí, pues 10 gramos. Realmente me llama la atención que diga eso, porque, evidentemente, para determinar el tema de las drogas y el problema que tenemos en España y, en general, en muchos países occidentales con las drogas en un punto hay que poner el límite de tenencia de sustancias, puesto que aquí no está penalizado el consumo, sino la cantidad que uno porta. Y, claro, lógicamente, a partir de una determinada cantidad hay que establecer que no es para el propio consumo. Entiendo perfectamente lo que me quiere decir cuando uno dice: llevo sustancias porque voy a hacer una fiesta. Pero, claro, es que es la manifestación más frecuente cuando una persona porta más de la dosis establecida por ley. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Es el turno para el Grupo Parlamentario Más Madrid; dispone usted de cinco minutos.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Justo en relación con esto, si el problema es precisamente que en determinados tóxicos, señora Barrero... No me escucha. Da igual, en fin. Vuelvo con el compareciente y cuando recuperemos su atención sigo.

En primer lugar quiero agradecerle la intervención. Yo a veces siento un poco de bochorno en esta Cámara cuando se escuchan determinadas cosas, como, para que usted se pueda hacer una idea,

que un diputado de cierto grupo parlamentario -no voy a decir cuál- haga una pregunta sobre enfermedades de transmisión sexual, le expliquemos que es un término en desuso, que es mejor utilizar infecciones de transmisión sexual, porque es un concepto más amplio y que de cara a las políticas públicas está mejor encuadrado, y en su siguiente intervención vuelve a utilizar el término enfermedades de transmisión sexual, llenándose la boca, dejando claro que no es en absoluto permeable a ningún tipo de información ni de corrección técnica en sus intervenciones, porque determinados grupos políticos han optado por una batalla cultural por encima de lo técnico en este tipo de cosas.

Aun así, creo que las comparencias del día de hoy, todas las que llevamos, están siendo muy interesantes en ese sentido y están desgranando de una forma muy técnica y práctica todo este fenómeno, y distinguiendo todos los comparecientes, incluyendo el que ha traído el Grupo Parlamentario Popular, el concepto de consumo problemático, que es un básico de toda la evidencia. Y en el momento en que hay políticos que dicen que no van a aceptar esa definición lo que hacen es ir en contra del más mínimo criterio científico y el más elemental.

Igual que cuando se habla de la reducción de daños. Sí, reducción de daños también es enseñar a la gente a drogarse, entre otras cosas, porque, si alguien va a inyectarse, que no se pinche a través de un absceso, por ejemplo, porque eso puede desembocar en una septicemia y en una muerte inmediata. Reducción de daños es cualquier intervención que vaya destinada a que la persona que va a consumir se haga el mínimo daño posible y haga el mínimo daño posible a su entorno. Eso es reducción de daños. Hay un ejemplo que a mí me gusta mucho de reducción de daños, actualizado, que es el que se hace en la obra de teatro ELGÉ, que es una obra destinada a la sensibilización en torno al chemsex y al chemsex problemático, que ilustra muy bien cómo es la realidad de ese fenómeno y tiene una parte de prevención y de reducción de daños muy importante. Entonces, hay un momento en esa obra de teatro en la que el actor -esta obra es un monólogo- Avelino Piedad dice: chorri, keta, y entonces, todo el público dice a la vez: icolchoneta!, porque esto es una frase muy popular y muy conocida. ¿Qué significa chorri keta, colchoneta? Quiere decir que la mezcla de GHB y ketamina es extraordinariamente peligrosa, porque pone en un riesgo enorme de depresión respiratoria a quien la consume. ¿Para qué sirve hacer esta rima y que todo el mundo la conozca? ¿Sirve para promover el consumo? No, todo lo contrario, sirve para que alguien intoxicado y, por ende, distraíble y, por ende, en un momento en el que tiene una capacidad volitiva más disminuida, porque los tóxicos hacen eso, recuerde que no puede hacer esa mezcla porque se está jugando morir. Estar en contra de ese tipo de actuaciones, ¿qué es?, ¿querer que esas personas se mueran? O sea, estar en contra de la reducción de daños solamente se puede entender desde la más profunda ignorancia respecto a toda la evidencia científica o respecto a desear que las personas que consumen se mueran, o una mezcla de las dos cosas, que también es lo que puede ser.

Es curioso que escuchemos del Partido Popular barbaridades respecto a la reducción de daños, que es el grupo que estaba en el Gobierno cuando se abrieron las narcosalas en los dos mil, que fue una medida muy bien hecha y que ayudó mucho a reducir daños y a disminuir mortalidad y morbilidad en las personas que consumían heroína en aquel momento, en un contexto en el que seguíamos teniendo una epidemia grave de heroína; ya no era el consumo tan terrible de finales de los ochenta,

principios de los noventa, pero aún había mucho consumo por venopunción asociado a muchos problemas de salud muy graves, y precisamente las narcosalas lo que hicieron fue una reducción de daños muy bien hecha. Que el mismo partido político años después cargue contra la reducción de daños, a mí, de verdad, no me entra en la cabeza. Yo estudié Medicina en la facultad. En un montón de asignaturas nos hablaron una y otra vez del error gravísimo que se había cometido durante aquellos años, por ejemplo, en las farmacias, cuando se negaban a dispensar jeringuillas a los heroinómanos para evitar que recurrieran a la venopunción. Lo que conseguían las farmacéuticas o los farmacéuticos cuando hacían eso era empujar a los consumidores de heroína a compartir jeringuillas y, por ende, lo que hicieron fue propagar aún más el VIH. Entonces, esa medida hecha desde la moralina, desde el yo no voy a permitir que alguien se pinche con una jeringuilla que yo le he vendido, lo que hizo fue deteriorar aún más la salud. Y esto es una cosa que todos los médicos de mi generación llevamos grabado a fuego que es una mala estrategia, que eso no se puede hacer. Claro, yo me imagino perfectamente a esas farmacéuticas diciendo: es que no es prevención, es rendición. Pues, miren, resulta que negarle jeringuillas a alguien que se va a inyectar heroína es un error. Negar la reducción de daños, negarse a que la gente aprenda a drogarse de la manera menos dañina posible es un error y nos cuesta vidas.

El Sr. **PRESIDENTE**: Vaya finalizando, señora Carmona.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Es lo mismo que esta idea de decir que hay prácticas sexuales que están mal, que es el equivalente histórico de decir que el sida es un castigo de Dios para los homosexuales, que básicamente lo que supone es una barrera más de acceso, en este caso, cultural y, en este caso, de que las personas que pueden estar en un consumo problemático de chemsex pidan ayuda, porque, si se van a encontrar un profesional o unas instituciones que dicen que su sexualidad está mal, lo que van a encontrar es un muro más, y eso también nos cuesta vidas.

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

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Gracias, presidente. Gracias al invitado por comparecer hoy y atender la solicitud de la Asamblea de Madrid. Yo celebro coincidir con la portavoz de Más Madrid en algo, al menos, y es en también sentir bochorno cuando se escuchan determinadas cosas en esta Asamblea. Yo acabo de sentirlo hace unos segundos.

Yo, al invitado, al experto, además de agradecerle su presencia, quiero advertirle que yo no usaré la palabra usuario y sí consumidor. Creo que hablar de usuarios forma parte de una narrativa cultural que facilita el blanqueamiento de algunas prácticas. Creo que en el imaginario colectivo del usuario suele ser lo de internet y el consumidor suele ser lo de sustancias, en muchos casos, ilegales, y es por eso que nosotros preferimos usar el concepto consumo más que uso. .

Hay un uso no problemático de las drogas. Este sintagma, uso no problemático, yo lo enmarco en esta narrativa que persigue, consciente o inconscientemente, blanquear las drogas, y además ocurre en un momento en el que la Dirección General de Tráfico ya no admite ningún tipo de consumo de

alcohol al volante cuando uno quiere estar seguro, y es cuando la medicina ya no admite ni un cigarro, ni siquiera el fumador social como una fórmula segura. De manera que tenemos que aceptar que no hay un consumo de alcohol seguro; tenemos que aceptar que no hay un consumo de tabaco seguro, pero, al parecer, habría que aceptar que sí hay un consumo que podría ser no problemático de las drogas en el chemsex. (*Rumores.*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, por favor.

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Dice usted también que existen -y eso me ha parecido particularmente grave- humillaciones a los consumidores de drogas en el contexto del chemsex, e incluso habla de una posible violación de los derechos humanos. A nosotros esto nos parece un tanto maximalista e hiperbólico, sobre todo cuando no se hace una alusión concreta en ningún caso, sino en términos generales.

También llama la atención cómo este blanqueamiento -que no le estoy imputando a usted, estoy hablando de una narrativa cultural que nosotros detectamos- ocurre cuando algunas figuras destacadas, en este caso de la Cadena SER, por ejemplo, que es la cadena de radiodifusión más escuchada del país, uno de sus periodistas estrella, Bob Pop, hablaba de cómo había abusado de muchos hombres en el contexto de una fiesta con drogas, y lo hacía públicamente casi reivindicando una acción que debería ser bochornosa y hasta criminal, y decía no haberse drogado. De manera que esta frivolidad y este consumo de drogas en un contexto sexual, que puede acabar incluso en violaciones, no creo que merezca ningún blanqueamiento. Creo que hay que abordarlo..., y además tengo la sensación de que no se aborda con la suficiente honestidad, en el sentido de que no se le imputa ninguna responsabilidad al consumidor. Durante toda la mañana llevamos escuchando las causas, la teoría del estrés de la minoría o de los colectivos estigmatizados. Hay muchos colectivos estigmatizados. Podríamos elaborar una larga lista de colectivos que, desgraciadamente, nuestra sociedad aún estigmatiza y, sin embargo, no todos son víctimas de estas prácticas. Hemos escuchado hablar de discriminación, hemos hablado de criminalización; hemos hablado de cierta inercia cultural que llevaría a según qué personas a consumir; hemos hablado de estigma. Pero ¿existe -y esta es la pregunta que le quiero hacer- algún tipo de responsabilidad del consumidor de drogas en un contexto de chemsex? Al margen de las inercias y de los contextos culturales que le estarían poco más o menos que empujando a la drogadicción, ¿tiene alguna responsabilidad el consumidor, como digo, al margen del contexto cultural o social?

Por lo demás, de nuevo, quiero darle las gracias por su comparecencia. Y es todo, presidente, muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señor Núñez Huesca. Para terminar este punto dispone usted de diez minutos; adelante, señor González Recio.

El Sr. **MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E INVESTIGADOR EN LA ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III EN ÁREAS DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Y LA SALUD PÚBLICA EN POBLACIONES VULNERABLES (González Recio): Muchas gracias. Voy poco a poco. Son muchas cosas. Creo que hay una cosa bastante importante para enmarcar las acciones de salud pública y es que toma decisiones sobre una realidad que es esta. No esta y toda su posibilidad especulativa, porque en lo simbólico todo es, pero en lo real no todo está siendo. Entonces, al final, lo que nos tenemos que preguntar es qué es lo que funciona y qué es lo que no, porque el papel sostiene muchas ideas de qué sí y qué no puede funcionar para reducir el consumo de sustancias, pero la evidencia científica solo sustenta unas, y creo que esta es una de las principales funciones que tiene la salud pública y que, desde luego, es la que debe tener la política sanitaria.

Dicho esto, insisto en que las estrategias de reducción de daños, de reducción de riesgos, tienen muchísima evidencia científica. Parfraseando un poco a Carl L. Hart, las sustancias, por desgracia, no necesitan que se les haga ningún tipo de publicidad, las drogas, para que sean algo muy frecuente entre la población y que se utilicen. No es esto lo que hacen en absoluto las estrategias de reducción de daños, pero sí que hay mucha evidencia de que, más allá de lo que podamos pensar, reducen la mortalidad, reducen los problemas de salud, mientras que la criminalización los empeora. Entonces, de nuevo, qué es útil y qué no creo que debe ser el centro de toda la salud pública.

Contestando un poco a si hay algún tipo de factor que se asocia a la práctica del chemsex, y también esto creo que responde un poco a lo que planteaba su señoría del Partido Popular, nosotros en nuestra investigación vemos que hay un mayor riesgo de practicar chemsex y especialmente problemático entre las personas LGTBIQ+ que refieren tener menos recursos económicos. Esto cambia un poco con la evidencia que se ha planteado previamente, porque no es lo mismo en la epidemiología cuando miramos toda la población que cuando miramos la gente que llega a los recursos. Normalmente quienes llegan a los recursos..., y cuando analizamos datos asistenciales de a quiénes están atendiendo, quienes tienen más posibilidad de pedir asistencia sanitaria al final son las personas con más estudios universitarios y personas con más nivel socioeconómico. Por lo tanto, veremos que hay más consumo entre quienes atendemos de más estudios universitarios, pero no es porque haya más consumo, es porque les estamos atendiendo más. Cuando nosotros miramos toda la población con muestras de más de 6.000 personas, vemos esto, que se relaciona además fuertemente con la pobreza, cuando una de cada tres personas LGTBIQ+ además, según un informe publicado hace años en España, está en riesgo de pobreza en España. La Organización Mundial de la Salud calcula que el peso de los determinantes de la salud aproximadamente supone un 50 por ciento de los determinantes en salud; por lo tanto, es lo más importante para determinar la salud de la gente, también en el consumo de sustancias. Aunque esto tenga una magnitud limitada, creo que sí, que por supuesto debemos tener programas, abordarlo desde la justicia social y por un mero hecho de justicia social, pero siempre esto, como vemos, desde marcos no estigmatizantes, aunque esto también haya que tomarlo en sus justas dimensiones. Por supuesto, es una realidad que debe ser atendida y que las personas necesitan atención; esto me alegra que nadie lo esté poniendo en duda.

Aclarando lo de las dosis, por supuesto se tiene que establecer una dosis, aunque, bueno, Portugal no lo hace exactamente así, Portugal, cuando establece dosis, los utiliza como indicio de delito, no como constitutivas de delito en sí mismo de manera automática. El problema, y esto lo ha reconocido

el Instituto Nacional de Toxicología, se ha desmarcado de estas tablas, está publicado, lo que pasa es que aún no ha llegado a la jurisprudencia del Supremo hasta donde yo sé. Y es que multiplicar una dosis terapéutica de ketamina para interpretar la dosis que alguien se toma cuando utiliza ketamina solo, sin considerar si se hace con más personas, que esto es algo que Portugal también tiene en cuenta, por ejemplo, con fines recreativos, la dosis es distinta. Entonces la dosis que hay que multiplicar por 3 o por 5 es la recreativa, que es lo que se hace con cocaína, es lo que se hace con marihuana, es lo que se hace con el resto de sustancias. Es simplemente probablemente un error técnico de cómo estamos interpretando una tabla que no está hecha para ese fin. Hay que hacer las multiplicaciones que usted dice, pero las multiplicaciones se tienen que hacer en base a otras cifras y ese es el problema que está habiendo ahora. Por eso hay gente que no trafica, que se está viendo en problemas por consumir GHB o ketamina, pero no por consumir cocaína; 7 gramos y medio de cocaína son muchos gramos de cocaína y esa es la dosis que se establece para la cocaína, sin embargo, un bote de GHB, que es lo mínimo que se puede comprar, ya es indicio de tráfico. Esto es algo sobre lo que vale la pena llamar la atención, porque, insisto, creo que no es la voluntad del legislador, no por otra cosa, y no dejamos de estar en una Cámara legislativa.

También, respecto al término uso, es un término ampliamente utilizado por la evidencia científica, casi toda la evidencia científica en los manuales diagnósticos y terapéuticos también lo utilizan. Hombre, utilizar el término blanquear a mí me parece, más allá de sus propios orígenes del término, que yo es una palabra que no utilizaré, me parece ofensivo porque no es lo que estamos haciendo aquí, aquí estamos poniendo en valor la salud de una población que está discriminada y centrarnos a ver qué estrategias funcionan y qué no. Yo de nuevo no pretendo hacer ninguna publicidad de las drogas, a mí me da igual lo que cada cual consume y lo que no, ahí no me estoy metiendo y no estoy haciendo ningún tipo de publicidad, creo que tampoco lo hace nadie. Justo los consumos regulados, como los del alcohol, sí que hay publicidad y sí que se buscan los consumos de esas sustancias. Lo que se está haciendo planteando estas cosas creo que no es eso.

El chemsex problemático es un problema de salud pública, es un problema para la salud de mucha gente. Hay unas cantidades que también tenemos que medir y a la que necesitamos prestar atención y tenemos una obligación por justicia social y sanitaria de prestar atención y estoy de acuerdo en que eso hay que hacerlo, en lo que no estoy de acuerdo es en cuál es la vía de hacer esto, porque no es criminalizar a las personas usuarias, y no es algo que diga yo, es algo que dice la evidencia científica, igual que el término chemsex problemático no me lo invento yo, creo que la asociación estadounidense de psiquiatría no es muy sospechosa de ser roja, ni radical ni nada de esto, y utiliza estos tipos de términos y las personas que están ahí involucradas también. Es algo que creo que merece la suficiente seriedad y honestidad cuando hay vidas en juego y cuando hay personas que también se están enfrentando a procesos penales muy graves por tráfico cuando no están traficando. Y es que tener la salud de la población en nuestras manos es realmente algo serio, no creo que aquí nadie, ninguna de las personas que haya comparecido esté intentando quitar gravedad al tema, sino que se le está dando la gravedad que merece. El papel todo lo sostiene, pero la realidad es la que es y la evidencia nos dice que las estrategias que funcionan son reducción de daños, reducción de riesgos, poder hacer programas de salud pública que identifiquen perfiles de riesgo y que funcionen bien y que

la criminalización de las personas usuarias no mejora, de hecho, empeora y aumenta la mortalidad de la población de quienes consumen. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor González Recio, gracias por haber acudido a esta comparecencia. Pasamos al cuarto punto del orden del día.

C-793/2025 RGP.10552. Comparecencia del Sr. D. José Luis Carrasco Perera, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense y del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a petición del Grupo Parlamentario Vox en Madrid, con el siguiente objeto: exponer el impacto del consumo de drogas en la aparición y evolución de los trastornos de la personalidad en la Comunidad de Madrid. (Por vía del artículo 211 del Reglamento de la Asamblea).

Damos la bienvenida a don José Luis Carrasco; tome usted asiento. (*Pausa.*) Le agradecemos su asistencia. Dispone usted de un turno inicial de quince minutos para su exposición, el resto de grupos tendrá una intervención de cinco minutos por portavoz y finalmente dispondrá de otra intervención usted con un tiempo máximo de diez minutos.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Es un honor estar en esta Asamblea, en este lugar de la gobernanza pública. Se me ha pedido que hable del chemsex y yo, como médico que soy, pues voy a hablar de aspectos médicos y clínicos del chemsex. He oído muchas cosas sobre otros aspectos de chemsex, morales, políticos, colectivos, pero yo voy a hablar solamente de la parte que a mí como médico me corresponde. Lo primero, decir que el chemsex no es un problema clínico, tampoco es un problema clínico el consumo de vino ni tampoco es un problema clínico el consumo de cocaína hasta que se convierten en un problema clínico, hasta ese momento es una conducta que allá cada uno, digo yo; no me meto más. Pero sí que, cuando se convierte en un problema clínico, es un problema clínico. ¿Cuándo se convierte en una cosa en un problema clínico? Cuando tiene que ir al médico por eso, entonces el médico tiene que recibirlo, porque el médico no puede salir corriendo.

He oído -me ha parecido- que hay una cierta victimización que se convierte en proyección y no me quiero meter en ello, pero si la proyección al final acaba en los médicos, ahí ya me revuelve. Si los que están haciendo una discriminación o un trato humillante sobre los consumidores del chemsex somos los médicos, ahí me puedo sentir aludido y ofendido porque yo no la estoy viendo y en nuestro grupo de trabajo hay médicos de todos los tipos, voy a decir, no todos son como yo, los hay de todos los tipos y algunos, además, pues incluso usuarios de chemsex y en este momento sí voy a decir usuarios, uno es usuario de chemsex como es usuario de alcohol, como es usuario de hacer puenting.

No voy a repetir lo que ha dicho el doctor Jorge del Romero sobre lo que es el chemsex, las drogas, la mefedrona, el GHB, las metanfetaminas, etcétera, y los efectos que tienen, que son

reforzadores de la empatía, de la gratificación sexual, de la erección, de la estimulación, reductores del sueño, aumentadoras de la energía..., es decir, es una actividad de lo que llamaba Zuckerman buscadores de sensaciones, es una búsqueda de sensación como la que busca el que hace puenting; es decir, no es una actividad como leer un libro, sino que se va buscando algo fuerte, algo al límite, pero bueno, no es la única actividad, y menos en un mundo como el actual y casi gran parte del siglo XX. Pero el chemsex de pronto aparece en el Centro Sandoval o en otros centros médicos y aparece no el chemsex, aparecen las enfermedades médicas, ¡enfermedades médicas!, y lo digo con todas las palabras, le guste a quien le guste; infecciones o enfermedades médicas de otro tipo, a veces son fisuras, a veces son..., pero son enfermedades médico-quirúrgicas que tiene que tratar un médico. Aparecen con episodios psiquiátricos agudos, que también son enfermedades médicas porque la psiquiatría es una especialidad médica se quiera o no se quiera, y aparecen en forma de enfermedades psiquiátricas permanentes, y esto no voy a decir si es la evidencia clínica, porque yo creo que se maneja el término de evidencia clínica por aquí con cierta ligereza, esto es la evidencia clínica porque está en los hospitales, y no tienen más que pasarse por los hospitales cualquier día para ver, en la urgencia, de veinte urgencias cuántos episodios hay de estos -veinte urgencias es lo que hay en El Clínico, que es mi hospital-, y no hay más que contabilizar cuántos episodios psiquiátricos agudos hay. Las enfermedades psiquiátricas permanentes no se ven en la urgencia. Contabilizar y ver los que hay; es decir, la evidencia es porque está ahí y, si no estuviera, pues no existiría.

Episodios psicóticos que consisten fundamentalmente en alucinaciones visuales y distorsiones visuales; es decir, ver cosas o bien ver las cosas distorsionadas, o bien ver que de alguna manera está uno donde no está o le están haciendo cosas que no le están haciendo, o ideas delirantes, ideas delirantes de perjuicio, episodios paranoides de "me están persiguiendo, todo el mundo me está mirando", e ideas maniformes de tipo expansivo, de mucha euforia, de intentar hacer muchas cosas... Son personas que habitualmente han sido traídas por alguien a la urgencia, generalmente la ambulancia y la Policía, alguna vez algunos compañeros suyos, y el tipo de episodio psicótico depende de las drogas: la metanfetamina es más delirante, alucinatoria; la mefedrona es muy delirante y alucinatoria, y el GHB produce más episodios de desorganización, por eso lo he separado. El episodio de desorganización conductual en principio es un episodio psicótico también, pero conviene clínicamente separarlo porque no es tanto delirante, es desorganizativo, de hacer cosas raras, posturas raras, cosas muy raras para el médico de guardia, que rápidamente lo pasan a psiquiatría, y para el residente de guardia e incluso para los adjuntos de guardia también. ¿Por qué es raro? Por supuesto, la agitación psicomotriz y en muchos casos violencia y generalmente violencia autodestructiva.

Esto es raro porque antes no ocurría tanto y porque más o menos conocíamos las drogas que se estaban utilizando. Esto nos ha llevado a hablar con el servicio de farmacología del Hospital Clínico, que muy científica y amablemente ha hecho un panel de nuevas drogas a medida y ha incluido todas estas que antes mencionaba el doctor Jorge del Romero y las ha incluido en los sistemas de detección. ¿Para qué? Para que, cuando veamos un cuadro así, podamos hacer una extracción, una medición de drogas en sangre y en orina, y poder saber de qué va la cosa para poder saber si el paciente se puede morir porque lo que tiene es GHB o GHL o tiene una mezcla de diferentes cosas, o si bien vale con tenerle un tiempo en urgencias y luego mandarlo a casa o a donde el paciente quiera que se le mande.

Algunos son ingresados y algunos, se quiera o no se quiera, no se les puede dejar ir a casa como están y hay que ingresarlos involuntariamente dando parte al juez, salvo que queramos que se mueran, hablando de la reducción de daños que alguien comentaba.

El chemsex, aparte de la urgencia, produce trastornos afectivos secundarios y eso ya sí lo vemos en las consultas, no muchos, pero generalmente nos lo comentan desde las consultas de ETS, desde las consultas de Sandoval: depresión, irritabilidad, inestabilidad afectiva, tendencias paranoides, suspicaces..., eso sí está en la literatura también y ese es el mayor tipo de consultas que nos hacen cuando nos ponen interconsultas desde la unidad de ETS de Sandoval. También de trastornos de la personalidad, con autolesiones, con hipersensibilidad excesiva que impide una relación medianamente armónica con la gente que le rodea y con la que tiene una cierta dependencia, inclusividad, intransigencia y la existencia bastante frecuente de relaciones sentimentales tóxicas. La duda que tenemos en este momento no es resoluble porque no hay estudio sobre ello, pero hay hipótesis, y es si los trastornos de la personalidad estaban ya antes y se han incrementado o se han acentuado con el uso de este tipo de droga o si el uso de este tipo de droga y de situaciones que pueden haber pasado a los pacientes, algunas, como se han comentado, de violación, de abuso, de engaño, pueden haber despertado el trastorno de la personalidad latente.

¿Cuándo se pasa de la diversión a la adicción? Y ahí es donde yo querría hacer una distinción importante y por eso decía que en principio el chemsex no es un tema clínico, pero es un tema clínico cuando la persona deja de divertirse, como pasa con la cocaína, como pasa con el alcohol, como pasa con todo tipo de conducta que resulta gratificante, y el hecho es que ocurre. Y a la adicción quizá no pasa todo el mundo. Es cierto que no he visto, y creo que no está bien medido, cuántos consumidores de chemsex, cuántos usuarios de chemsex acaban teniendo problemas médicos; eso yo creo que no está recogido porque solamente lo vemos desde el ámbito clínico, entonces ya lo recibimos en el ámbito clínico, pero sí que, como en el resto de las adicciones, habrá algunas personas que tengan más vulnerabilidad que se basa en elementos de la personalidad de tipo más impulsivo, más hipersensible, más sentimiento de vacío e historias traumáticas, que se parecen mucho a todo lo que es el complejo del trastorno límite de la personalidad. Son elementos vulnerables; son personas más vulnerables a que aparezca alguien o a estar en un entorno donde hay gratificación inmediata, gratificación nirvánica, drogas, cariño, necesidad de estima... Y todo eso lo tiene el chemsex, porque no es solamente la droga sino que es la droga más la relación sexual, que no para todo el mundo es una relación sexual consentida y "sé lo que estoy haciendo". Para muchas personas -como pasa en los trastornos de la personalidad y yo creo que en las personas normales- hay una cierta búsqueda de cariño, de ser atractivo, de ser algo para alguien. Y ahí están los factores ambientales, entornos favorecedores donde la droga está accesible y donde el "te deseo" está accesible. Además, hay dinero para hacerlo. Igual que en otros casos los factores ambientales son la pobreza, en este caso, los factores ambientales no son la pobreza; eso sí lo sabemos.

Las dificultades en las relaciones sentimentales agudizan mucho el empeoramiento del chemsex como diversión y el paso a la adicción, es decir, como una forma de superar la desesperación, y esto es típico de todas las drogas; y las dificultades de adaptación, laboral, a los amigos, a la casa...

en general al mundo. Esto no tiene ningún secreto en relación con el resto de consumos que se convierten en adicciones. Solamente hay una diferencia, que es el tema afectivo; porque el sexo, por mucho que se quiera -y yo soy experto en trastorno de la personalidad y siento el narcisismo-, es inseparable para muchas personas, y muchas personas no pueden evitar ver en ello algo que tiene que ver con su autoestima, con ser deseado, con ser querido, con ser válido para alguien. Es lo único que el chemsex tiene sobre el resto de adicciones químicas, porque el chemsex tiene mucho de química; y el mucho de química, además, está orientado a reforzar ese sentimiento de euforia relacionada con el sexo. No digo que en todos, pero en muchos de los que hemos visto, tiene mucho que ver con déficits de la autoestima.

El chemsex sí que es un trastorno por adicción cuando es un trastorno por adicción. ¿Que ahora lo queremos llamar "uso problemático"? Pues... bien. Los médicos... yo estoy totalmente en contra de ello. No es un uso problemático. ¿Todo es un uso problemático? Pues llamémoslo como sea, pero tiene que ir al médico. Entonces, lo que llaman algunos "uso problemático" y nosotros llamamos "enfermedad adictiva", una enfermedad, se manifiesta en dos formas: el trastorno del control de impulsos, es decir, consumo abusivo en episodios de abuso que a veces llevan a la urgencia o a alteraciones en las relaciones o a empezar a tener problemas en el trabajo, pero que todavía se puede controlar un poco; y luego estaría el trastorno por dependencia, que es cuando la persona ya no puede dejar de pensar en ello. Tiene que estar continuamente pensando en la droga, tiene síndrome de abstinencia si no está consumiendo permanentemente -permanentemente puede ser todas las semanas varias veces- descuida otras actividades, se sale del mundo -de lo laboral, de lo relacional, de lo afectivo- y desarrolla tolerancia, que significa que necesita más dosis cada vez. Y esto es el problema de adicción al chemsex.

No hay ninguna estigmatización: hay adicción a la cocaína, hay adicción al chemsex. Nadie le pregunta -bueno, cuando digo "nadie" me refiero a los que están en mi entorno- "¿usted de qué palo es?" cuando tiene adicción a la cocaína ni "¿usted de qué palo es?" cuando tiene adicción al chemsex. Eso no ocurre. No sé si ocurría hace cincuenta años; yo no lo he visto y, desde luego, en mi hospital, que tiene una tendencia médica normal, de personas de todos los tipos, yo eso no lo he visto.

¿Qué hacemos con ellos? ¡Hombre!, si son enfermedades, les tratamos, porque para eso nos ha puesto ahí la sociedad. "Traten ustedes a estas personas". Tratamos la depresión, tratamos los episodios agudos, tratamos los intentos de suicidio... y los intentos de suicidio los tratamos aunque no quieran. Los ingresamos. Y luego el juez, al día siguiente, puede decir "no", pero generalmente el juez suele ser sensato y nos dice que hasta que lo veamos mejor. Tratamos el consumo abusivo dependiente. Para eso están los CAD. Nosotros no lo tratamos; lo tratamos en los CAD y lo tratamos, en parte, como patología...

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

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Ya termino. Y la

pregunta última -es la última-: la intervención precoz. ¿Qué se puede hacer antes? Porque, claro, todos los adictos o "uso problemáticos" al final tienen que ir al médico o al centro de salud mental a pedir ayuda, y generalmente no se hace nada antes de eso. ¿Qué hacemos? ¿Cómo sería el tema de la intervención precoz? Y ahí es donde tenemos un cierto lío o una confusión los psicólogos; incluso, hablando de estigmas, de la Comunidad de Madrid, han puesto psicólogos clínicos para los centros Sandoval, que me han preguntado a mí: "¿qué vais a hacer?", y yo he dicho "bueno, pues no lo sé". Habrá que ver qué se hace, porque si la persona no pide ayuda, ¿qué hacemos los psicólogos clínicos?, que son psicólogos que están no para acompañar sino para tratar. Y, entonces, detección precoz de vulnerabilidad psíquica... ¿Habría que hacer un estudio, a lo mejor, en los colectivos...? No lo sé. Tratamiento psicológico precoz en personas vulnerables: ¿habría que considerar que algunas personas de las que consumen chemsex -y no me voy a meter en qué colectivos son porque nadie se lo pregunta- tienen vulnerabilidades psicológicas y podría empezarse a trabajar antes?

Y la información y sensibilización: a mí no me parece, a los médicos no nos parece el grupo más informable y sensibilizable. El grupo de cannabis sí, porque son jóvenes y están en el colegio, pero a personas del grupo de edad de 30 o 40 años... realmente no nos planteamos ninguna... Sí, podemos hacer una campaña de información, pero no nos parece razonable, ni siquiera eficaz, explicarle a alguien de 30 o 40 años qué es peligroso y qué no es peligroso médicamente. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, señor Carrasco. Turno para los grupos parlamentarios. Grupo Parlamentario Vox; disponen ustedes de cinco minutos.

La Sra. **BARRERO ALBA**: Gracias, presidente. Buenas tardes ya, doctor Carrasco; muchas gracias por acudir a esta comparecencia. Me ha parecido muy interesante su intervención y agradezco de verdad, por lo que a mí me corresponde, que haya aclarado un poco el tema de la estigmatización. Yo, en todos mis años que llevo trabajando fuera del ámbito de la política -que no llevo mucho-, nunca, nunca he visto ni como médico ni en el ámbito judicial la estigmatización de nadie por razón de sexo. Entonces, me gusta que lo haya aclarado porque yo, en el ámbito médico, tampoco lo he visto.

Mis preguntas -porque es usted el que tiene que hablar, no yo- van fundamentalmente en la siguiente línea: ha hablado de la patología dual que se ve en ocasiones. Entonces, no sé si es antes el huevo o la gallina, pero si por lo menos saben o tienen un estudio sobre si existe un trastorno por consumo de sustancias en algunas de estas personas que desarrollan a partir de ahí un trastorno, por ejemplo, psicótico, o bien estas personas padecían antes un trastorno y, además, después, un consumo de sustancias. Porque en el consumo de sustancias y a lo mejor llegar a este tipo de prácticas puede haber un cierto malestar, como comentaba usted..., en los trastornos de personalidad, a lo mejor, un malestar, un sentimiento de inferioridad, una necesidad de algo, un estado anímico depresivo que le lleva a sentirse bien bajo los efectos de sustancias y, además, poder socializar bajo ese contexto. Entonces, si existe o si conoce... no sé, el tanto por ciento de patología dual que se puede dar en estos casos.

También me gustaría saber si estamos quizás normalizando los riesgos que puede conllevar este uso de sustancias en este tipo de contexto, etcétera, siempre diciendo que es que estamos dando mucha recomendación moralizante o, por otro lado, lo contrario, si estamos sobrevalorando mucho este fenómeno. Y esto lo pregunto al hilo de lo que ha comentado de la disponibilidad de psicólogos clínicos. Nos ha comentado que tienen psicólogos clínicos para este fenómeno -he querido entender- en los centros Sandoval. ¿Disponen de psicólogos clínicos para otro tipo de trastornos dentro del centro... no sé, por ejemplo, para trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta en general, ya que tiene una unidad de trastornos de personalidad? ¿O realmente disponen de psicólogos clínicos pero también existen otro tipo de psicólogos clínicos que dan al resto de la población?

Y, por terminar, solo preguntar precisamente por el tema que ha comentado de la adicción al sexo, cuando se pasa de esa diversión a esa adicción. ¿Es algo exclusivo de este colectivo o realmente se da en otros ámbitos, pero no le damos visibilidad? Quiero decir que hay gente que necesita consumir sexo, dentro o fuera de este ámbito del chemsex, porque necesita una búsqueda constante de encuentros, y eso incluso le afecta a su vida social y a su vida laboral, y no es este contexto de este determinado colectivo. Esas son mis preguntas. Muchas gracias.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Debería haberlas apuntado, porque se me... ¿La primera es?

La Sra. **BARRERO ALBA**: El tema de los recursos, la patología dual y la adicción al sexo fuera de este contexto.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Sí. El tema de los recursos es...

El Sr. **PRESIDENTE**: Un segundo.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Perdón.

El Sr. **PRESIDENTE**: Terminan de intervenir el resto de portavoces y luego dispone usted de diez minutos para contestar. Grupo Parlamentario Socialista; señora Bonmati, tiene la palabra.

La Sra. **BONMATI GARCÍA**: Gracias, presidente. Buenos días, señor Carrasco; bienvenido a esta comisión y gracias por su intervención y por todas las anteriores. Como se ha indicado, cuando hablamos de chemsex nos referimos a un uso intencionado de ciertos tóxicos -alcohol, popper, mefedrona y fármacos para la disfunción eréctil- para mantener o intensificar encuentros sexuales. Esta práctica se da con mayor frecuencia dentro de las comunidades de hombres que tienen sexo con hombres, aunque no de forma exclusiva.

No existe un consumo seguro, pero sí existe un consumo problemático y no problemático, y es importante que insistamos en ello. Efectivamente, el chemsex puede desencadenar un consumo problemático vinculado a graves problemas para la salud física y emocional -adicción, patología dual como ansiedad, depresión, insomnio, psicosis, paranoia, como usted mismo ha indicado-, llegando en casos extremos al fallecimiento.

Este fenómeno complejo merece ser tratado como lo que es: un problema de salud pública, y, por lo tanto, debe abordarse con una estrategia integral, atendiendo a aspectos educativos, sanitarios, tanto físicos y emocionales como sociales. Es por ello que la obligación de las Administraciones públicas es identificar, informar y concienciar sobre los riesgos asociados; planificar políticas de prevención, abordaje terapéutico; fomentar el autocuidado y la reducción de daños, así como el bienestar emocional, afectivo y sexual de la población.

Desde el Partido Socialista entendemos que la respuesta pública no puede basarse en una vía represiva o punitiva ni, por supuesto, en una visión estigmatizante ni de juicios sobre la moral y la sexualidad. Y es que muchos usuarios de chemsex no acuden a servicios más institucionalizados por miedo a ser juzgados por sus conductas sexuales. Y no solo nos referimos a servicios sanitarios: también a servicios sociales. Y no es un reproche a los profesionales -por aclararlo-, sino que es una falta de priorización pública y de promoción de enfoques especializados. No es casual que, por tanto, destaque la labor que realizan las organizaciones comunitarias, especialmente las asociaciones LGTBIQ+, ya que estos sí se consideran como espacios seguros y libres de juicio. Nosotros sí entendemos que el señalamiento repercute muy negativamente sobre las adicciones en general, ya que interfiere en la autopercepción del riesgo, en la solicitud de ayuda, así como en el acompañamiento social y en el proceso de rehabilitación en el caso de que este sea necesario. Es por ello que me gustaría preguntarle qué políticas cree que deberían ponerse en marcha para contribuir a eliminar o al menos reducir el estigma social.

En la otra cara de la moneda encontramos también el tabú y el silencio. Las dianas terapéuticas y las políticas asistenciales son fundamentales en el tratamiento y creo que todos podemos coincidir en la importancia de desarrollar políticas realmente ambiciosas de prevención que eviten agravar estas situaciones, pero en ambas esferas de actuación es imprescindible atender al origen de los problemas. Los estudios identifican el acoso escolar y laboral, la baja autoestima, las vivencias traumáticas e incluso violentas, el rechazo social, las carencias afectivas o relacionales y, por supuesto, la LGTBI-fobia en todas sus formas -aquí no puedo dejar de denunciar los mensajes de odio de determinados grupos reaccionarios en nuestra sociedad y que están ahondando en este prejuicio-, así como la censura sistemática que se produce sobre ámbitos fundamentales, como es la educación sexual. En este sentido, me gustaría preguntarle sobre el origen de estas experiencias vitales adversas y si cree que el silencio juega un papel determinante tanto a nivel individual como social en el origen del consumo problemático de drogas en general y en fenómenos como el chemsex en particular, así como en los cuadros de patología dual.

Usted ha hablado de urgencias hospitalarias -que, por definición, atienden casos agudos-, y aquí me gustaría introducir -como se han dicho muchas cosas interesantes a lo largo de esta mañana- dos cuestiones: los casos de sobredosis asociados al consumo o multiconsumo que se usa durante las sesiones de chemsex, así como el empleo continuado y prolongado de estas sustancias que, combinadas con la falta de descanso e hidratación, pueden desencadenar desgraciadamente un fallecimiento. También se ha reportado un aumento de casos de ideación suicida y de consumación de suicidios, así que también me gustaría conocer qué medidas cree que se pueden implementar para reducir esta incidencia.

Y, para finalizar, también me gustaría preguntarle si considera, por su profesión -que entiendo que es el aspecto que más conoce-, que los circuitos asistenciales sanitarios, desde los servicios de urgencias, Atención Primaria, servicios de salud mental y los centros especializados, como los CAID o los CAD, están correctamente planificados, coordinados y financiados para atender a las necesidades de estas personas; si existe realmente una estrategia integral, así como si los profesionales sanitarios reciben la formación adecuada sobre chemsex y si existen mecanismos para compartir experiencia también clínica cuando efectivamente se produce un proceso o un problema clínico. La vida de las personas LGTBIQ+ importa y debemos estar a la altura de nuestra responsabilidad pública como Administración. Muchísimas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias. Turno del Grupo Parlamentario Más Madrid; disponen ustedes de cinco minutos.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Gracias, presidente. Gracias también al compareciente. Vamos a ver, en el día de hoy, cuatro comparecientes, de los cuales tres médicos -un internista, un preventivista y un psiquiatra- y un trabajador social experto en intervención, traídos por cuatro grupos parlamentarios de ideologías muy diferentes, ninguno de los cuatro sustenta la posición del Partido Popular de que cualquier tipo de consumo implica necesariamente una adicción. Yo le daría una vuelta a que no haya ningún tipo de refrendo.

Respecto a esa distinción que quería hacer el señor Núñez entre consumidor y usuario, yo no sé si el señor Núñez pretende que yo vaya a mi casa y queme el Kaplan, el Ruiloba... incluso, si me apura, el Ajuriaguerra o cualquier otro manual de psiquiatría que tenga por casa donde aparezca el término "usuario". No lo voy a hacer, entre otras cosas porque lo de quemar libros tiene un antecedente histórico bastante feo. Yo recomiendo más leerlos y aprender; le presto cualquiera cuando usted quiera.

Vamos a aclarar conceptos. Ningún tóxico es saludable. ¡Ningún tóxico es saludable!, por mucho refuerzo cultural que tenga el tóxico. Ahora bien, el consumo de tóxicos no necesariamente dispara una adicción: no siempre, no en todas las personas, no en los mismos umbrales y no siempre implica consecuencias indeseables para el sujeto y su entorno. Y por eso es imprescindible distinguir entre consumo y consumo problemático. Lo voy a ilustrar con un ejemplo cotidiano, a ver si lo pueden entender: irse al Jota a la salida del pleno y tomarse tres cervezas no tiene por qué ser consumo problemático; cuadruplicar la tasa de alcohol al volante, como ha hecho alguien de su entorno que

ustedes conocen, eso sí es consumo problemático, porque pone en riesgo la propia salud y, además, la de terceros. Por eso al volante hay un umbral diferente, porque ya no está en riesgo solamente tu salud sino también la de otros. ¡Ojo!, que para algunas personas sí hay cantidades mínimas de alcohol que resultan dañinas. Una caña no tiene por qué ser mala, pero para una persona con una adicción al alcohol que está en proceso de deshabitación o está abstinenta, una sola caña puede precipitar una recaída. Entonces, para esa persona sí es dañina una caña, pero para otra no necesariamente. Eso no quiere decir que esa caña sea saludable y que haya que promover ese consumo. Les recuerdo, señorías del Partido Popular, que un diputado suyo hace bien poquito estaba defendiendo que el vino en escasas cantidades era muy saludable y que, de hecho, era mejor beberlo que no beberlo; es decir, defensa de la curva en J, que es un concepto que la ciencia ha descartado ya hace unos cuantos años. Aquí la única banalización que vemos de los tóxicos es la de las cañitas por parte del Partido Popular, a la vez que sacan el alcohol y el tabaco del plan contra las drogas, que es una cosa que, de verdad, a nivel técnico es una absoluta barbaridad.

Respecto a lo que comentaba el compareciente, yo ahí discrepo un poco, señor Carrasco, porque, por ejemplo, decía: no, no hay que preguntarle a la gente, a quienes tienen consumo problemático de chemsex, si les gusta o no. Categorizar los fenómenos y hacerlos descriptivos nos ayuda a perfilar y a entender determinadas situaciones. Un ejemplo muy típico es el alcoholismo en mujeres mayores, que tienen un patrón muy diferente de consumo: son bebedoras sociales, habitualmente, beben en sociedad. Necesitamos entender un poco la casuística de cada tipo de consumo y necesitamos esos estudios descriptivos, porque, al final, en la consulta, en el uno a uno, lo que nos importa de esa persona es su biografía y su contexto. Pero es verdad que tener un descriptivo de tipos de consumo y de refuerzos de ese consumo y de desde dónde llegan las personas a cada sitio nos ayudan en la clínica, le ayuda a usted me ayuda a mí. Entonces, en esta cuestión de desligar de los determinantes sociales las situaciones clínicas de consulta yo creo que discrepamos un poco.

En cualquier caso, creo que es imprescindible que quede claro en esta comisión que no hay un trade off, no hay que escoger entre la reducción de daños y la prevención, que son cosas perfectamente compatibles, que se puede y se debe hacer reducción de daños y eso no promueve y no favorece el consumo ni lo banaliza, al revés, eso puede ayudar tanto a la prevención terciaria, que es lo que es, como a la prevención secundaria, que es que la gente que ya está consumiendo lo deje de hacer. Y, de hecho, esa reducción de daños puede servir también para que gente que conoce el concepto, pero no ha aprobado o todavía no ha consumido, pueda darse cuenta de hasta qué punto resultan dañinas ciertas prácticas. Entonces, esta cosa de que hay que escoger entre prevenir y hacer reducción de daños es absolutamente falaz, es falsa y está demostrado por la ciencia como falsa.

Respecto a los umbrales, que esto se ha dicho antes, creo que el compareciente anterior lo he explicado maravillosamente bien, pero de verdad me gustaría poner un ejemplo concreto: es como si, hoy, el umbral para determinar entre consumo personal y tráfico de cocaína, que son 7 gramos, que es una dosis letal para mucha gente, pero que en el contexto habitual de consumo hay gente que en efecto puede llegar a consumir 7 gramos en una única noche, es como si ese umbral lo estuviéramos calculando multiplicando por 5 la cada entidad de cocaína que hay en un colirio de cocaína. ¡Sería

absurdo!, porque la gente no se intoxica con la cantidad que hay en un colirio, hay que calcular esas dosis en función de lo que la gente consume de forma habitual y a partir de ahí categorizar, porque, si no, al final, lo que hacemos es criminalizar y hacer un enfoque punitivista y carcelario y dañino para la salud del consumo. Una cosa que desde luego se ha abandonado. La despenalización del consumo en 1983 fue clave para poder abordar el problema del consumo. Entonces, de todo lo que hablemos, esta es la discusión más técnica de todas, no tiene que ver con dónde se posiciona uno respecto a los consumos o no, sino que los umbrales están mal calculados y por ese error de cálculo se están tomando medidas que son dañinas para la salud de la población. Ya está.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Carmona. Última intervención para el Grupo Parlamentario Popular.

La Sra. **PASARÓN GONZÁLEZ**: Muchas gracias, presidente. Bueno, señora Carmona, una vez más, usted nos trata de distraer con las cañas y con el alcohol y lo que hacen es intentar distraernos del discurso importante, que es el que traíamos a esta comisión, que era para hablar de una cuestión que creíamos que es primordial, como es el chemsex, y vuelven con su discurso... (*Rumores.*) Vamos a ver, lo que estoy intentando decir es que tratan de distraernos una vez más hablando de su obsesión con el alcohol y nosotros de verdad creemos que están una vez más banalizando el problema del chemsex.

Señor Carrasco, usted comparece hoy como catedrático y doctor en Psiquiatría para hablar del chemsex. Nosotros, en nuestro grupo no compartimos en absoluto el enfoque con el que se ha intentado banalizar el consumo de drogas en esta comisión y tampoco compartimos la idea de que el problema de las drogas sea el estigma, la criminalización o el sistema; creemos que el problema es la droga en sí misma, porque las drogas destruyen, destruyen el cuerpo, destruyen los vínculos y destruyen la vida.

Nos preocupa especialmente una idea que está calando: que drogarse es una opción respetable, que es una experiencia más, que es una forma de vida. Hay quien dice que basta con enseñar a consumir bien, con reducir daños, con acompañar en lugar de prevenir; nosotros creemos que eso es un error gravísimo, porque lo que está en juego no es una práctica más o menos desordenada, sino la destrucción completa de la persona. La droga es una huida y es desconexión total. Desde esta preocupación le planteamos unas preguntas.

En esta comisión hemos escuchado discursos que insisten en que el chemsex forma parte de una cultura específica, que es una vivencia identitaria y que no se puede hablar de ello sin estigmatizar. Nosotros creemos que esa idea es profundamente peligrosa, porque lo que hace es bloquear cualquier discurso de prevención. ¿Cree usted que es compatible tratar un problema como el chemsex con mantener un enfoque que prioriza el no ofender o no juzgar sobre el decir la verdad? ¿Es posible plantear formas de abordar este problema tan crítico cuando ni siquiera se puede decir que hay algo destructivo?

En los contextos de chemsex y policonsumo se utilizan sustancias como GHB, metanfetamina, mefedrona. Usted conoce perfectamente sus efectos. ¿Hasta qué punto estas drogas, especialmente cuando se combinan, se consumen durante días, pueden desencadenar episodios de psicosis, disociación o cuadros psiquiátricos graves? ¿Estamos dimensionando bien este fenómeno desde los recursos públicos de salud mental o se está abordando todavía como si fuera una conducta de riesgo más, sin tomar en serio la gravedad de los efectos que provoca?

¿Qué opina del enfoque que propone normalizar el consumo con la excusa de reducir el daño? ¿De verdad cree que se puede hablar de prevención cuando se renuncia desde el principio a decir que las drogas no deben consumirse? Se lo preguntamos porque hemos leído estrategias públicas, publicadas por el propio ministerio, en las que se recomienda tener un camello de confianza o se plantea educar a los traficantes para que suministren sustancias no adulteradas. ¿Qué opinión le merece esto desde una perspectiva clínica?

Señor Carrasco, nosotros creemos que el problema no es la falta de comprensión hacia quien consume, el problema es la mentira que le dice que no pasa nada, que es una opción más, que si lo hace con conocimiento ya está todo bien. Y lo que vemos cada día más es que esa forma de pensar está dejando a muchas personas tiradas, aisladas, perdidas, con su salud mental destrozada y sin nadie que les diga algo tan simple como que esto les está matando. Muchas gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Muchas gracias, señora Pasarón. Para acabar esta comparecencia, señor Carrasco Perera, dispone usted de diez minutos.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Muchas gracias por sus preguntas. La portavoz de Vox me preguntaba por los recursos. Es verdad que hay psicólogo clínico para los centros de ITS y para otras unidades; por ejemplo, para la unidad de género, lo ha puesto la Comunidad de Madrid sin ser solicitado, y se han puesto, en parte, bajo mi dirección, porque están dentro del ámbito del Hospital Clínico para buscar psicólogos clínicos para ello. Sí que es cierto tenemos algunos psicólogos clínicos, pero hemos pedido psicólogos clínicos para la unidad de suicidio, para TCA, para trastorno de la personalidad, para trastornos mentales, y cuesta mucho conseguirlo. Pero estos los tenemos y no los hemos pedido, han venido.

Claro que es una patología dual. Lo que suele ocurrir es que hay algunas personas que se meten en alguna droga y cuando produce una complicación esa droga es cuando de pronto tienen miedo y acuden al médico o al psicólogo a decir: "tengo un problema". Y eso pasa también con el chemsex, lo que pasa es que, como es un fenómeno relativamente reciente, todavía no hay tantos datos, pero sí que ocurre que algunos piden ayuda, pero la mayoría no. Es decir, nosotros recibimos interconsultas cuando hay algún síntoma, pero la mayoría no están luego pidiendo desintoxicación. Pero los que sí la piden entran en patología dual, tienen generalmente una depresión, más consumo de chemsex, o tienen un trastorno de la personalidad, más consumo de chemsex. Desde luego, yo no he visto que haya esquizofrenias con consumo de chemsex u otro tipo de patologías más de que dentro

de lo afectivo, la depresión y el trastorno de la personalidad. Y algunos de ellos, pero de momento no muchos, van a centros de adicciones. Y eso es lo que tenemos, eso es lo que tenemos en este momento, eso es lo que tiene la sanidad.

Esto enlaza con la pregunta de la portavoz del PSOE de si hay que tener algo específico para el chemsex. ¿Tenemos que hacer que los consumidores de cannabis y de cocaína y de otras cosas tengan que ir al CAID, pero a los de chemsex les ponemos un recurso específico? Pues no lo sé. Eso lo deciden los políticos. Los médicos no lo vamos a proponer, porque no entra dentro de nuestra competencia. Nosotros tratamos la adicción a algo. O sea, como médico, yo no le voy a decir que hay un criterio médico para proponerlo. Si me dicen: el criterio médico es que... Yo no veo criterio médico, pero sí que he oído por ahí que deben tener centros específicos, y de hecho lo tienen, porque les da vergüenza contar al médico de Atención Primaria, delante de su mujer o de su madre, que tienen una adicción al chemsex. Sin embargo, el alcohólico tiene que ir con su madre o con su mujer. (*Rumores.*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señoría, por favor, esto no es un debate. Dejen que acabe el compareciente.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Pero primero tiene que ir a contarlo al médico de Atención Primaria. (*Rumores.*) Si es igual, si la duda es una unidad de alcohólicos, o sea, tendrá que ir.

Entonces, ¿tiene sentido? Yo no lo sé. Médicamente no lo tiene. Médicamente tiene sentido desestigmatizar todas las adicciones. Pero le voy a decir una cosa, porque parece que esta es la primera que se ha estigmatizado en el mundo, todas las adicciones han estado estigmatizadas. En el Reino Unido, hace escasamente 10 o 15 años, se intentó que los alcohólicos no tuvieran asistencia pública, que se lo pagaran ellos, por bebedores. Aquí se estigmatizado a los heroinómanos; vamos, eran lo peor. A los cocainómanos, porque son ricos y se esconden, pero cuando se les pilla: tú eres un vicioso. No ha habido ninguno. Y con respecto al chemsex, lo mismo, pero los estigmatiza en todo caso la sociedad. A cada uno desde su posición, cada uno desde su posición. (*Rumores.*) Sí, pero es que los alcohólicos del Reino Unido eran la mayoría gente de los barrios pobres, que no tenían trabajo, que estaban en paro; nadie se ocupaba de ellos. Y con los heroinómanos, más o menos lo mismo. Entonces, si la sociedad quiere poner centros especiales para el colectivo de chemsex, los médicos iremos allí y trataremos. No somos nosotros los que, con criterios médicos, lo vamos a proponer. Yo desde luego no, porque no veo el criterio médico. Porque todos están estigmatizados.

¿Que se piensa el colectivo que todos los médicos somos desde tal...? Pues yo les puedo decir que el 50 por ciento de mi servicio no es heterosexual como yo, ino digo más! Para los que piensan que estamos todos intentando buscar que aparezca alguien. Entonces, ¿quién estigmatiza? A lo mejor con tanto victimismo iestamos creando estigmatización!, y, entonces, le estamos quitando responsabilidad. Y el adicto, al excocainómano o al alcohólico lo victimizas y dices "pobrecito", y lo que hay que hacer

es acompañar, que es la palabra de moda y ¿qué es eso de acompañar? Para eso no hace falta un médico ni un psicólogo clínico. Le acompañamos y victimizamos y, entonces, alguien ha hecho una pregunta -creo que ha sido usted-: ¿no tiene ninguna responsabilidad, ni siquiera la de ir al médico y decir "tengo un problema, voy a trabajar con usted en resolverlo"? "No, no, yo es que me gusta no cuidarme", decía alguien antes por ahí, "y los demás pues que me aguanten y me ayuden a no cuidarme". Bueno, pues plantearemos... Pero es un tema social, cambiamos todo ese tema, pero no le pidan ustedes al médico que el médico aplauda, el médico está para tratar. Con los derechos del paciente..., el paciente tiene derechos, pero tiene deberes también, como todo el mundo, y el deber es acudir al médico y decir "tengo un problema y lo trato con usted". Entonces, si vamos a eliminar la responsabilidad, eliminémosla de todas las drogas. Bueno, ese es un tema social en el que yo ni me voy a meter, pero nosotros vamos a atender todas las adicciones de la misma manera.

Me preguntaba -yo estoy mezclando-: ahí, ¿cuál es el origen? Pues sí sabemos cuál es el origen: el origen está en el trauma, en el déficit de apego, en las infancias donde ha habido mucho sufrimiento, en el bullying..., y mucho de eso ocurre en el colectivo LGTBI, y mucho de eso ocurre en los trastornos de la personalidad, y mucho de eso ocurre... Y eso hace que, en el colectivo LGTBI, sabemos los médicos que hay mucho trastorno de la personalidad, ipero no podemos decirlo porque nos linchan!, pero sí, ipues claro que sí! Pero ¿qué hacemos, victimizamos al trastorno de la personalidad, aunque no se del colectivo, le decimos "ya está explicado lo tuyo, es que sufriste un trauma"? Tendremos que tratar, no todo está en victimizar, victimizando no tratamos a nadie, y eso es lo que hacemos con todos los pacientes, y con un adicto al chemsex lo mismo. Por mi parte yo no veo el problema, salvo el que hay colectivos que se sienten discriminados porque les van a mirar mal porque son LGTBI; pues yo ya les digo que el 50 por ciento de mi servicio lo es. No tiene sentido. No sé qué más responder.

Las palabras son muy bonitas, infantásticas!, sofismas..., y nos llevan a la falta de sentido; o sea, itres cañitas son igual que tres rayas de coca! Vamos a ver, aquí el tema se acaba: ¿usted preferiría que su hija se tomara tres cañitas o tres rayas de coca? iPues ya está! Entonces, vamos a dejarnos de sofismas, ivamos a dejarnos de sofismas y de tonterías y de pancartas para ganar votos y para decir...!, porque ihacen daño!, ihacen daño a los pacientes!, ino a los médicos, los médicos seguiremos existiendo siempre porque siempre habrá pacientes!, pero ustedes hacen daño a los pacientes con esta demagogia de pancarta. (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, por favor, dejen que acabe.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Le vamos a acompañar... ¡Da igual! Pero ese se toma tres cañitas y tú estás hecho polvo... Nadie sobrevive al chemsex, es tan durísima la droga del chemsex que todo el que entra al uso problemático acaba mal; lo sabe usted porque es psiquiatra como yo. Deje la pancarta y de mentirles, ino les mienta!, ino les victimice!, no les victimice porque eso no vale para nada. Si hay que darles una pensión, eso ya es un problema de la sociedad, pero, como médicos, no debemos victimizar y decir que es lo mismo tomarse

tres cañitas que meterse con el GHB; ino es lo mismo! (*Rumores.*) ¡Pues más o menos yo he oído lo de las tres cañitas!

El Sr. **PRESIDENTE**: A ver, señorías, por favor, dejen que acabe el compareciente.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Es que a mí me gusta lo del estructurado, lo que no me gusta es leer proclamas como usted ha leído, con palabras bonitas: porque los derechos humanos, porque no sé qué..., iy venga palabras vacías! Eso se llama estructurar, estructure usted un poco sus conocimientos y diga algo coherente que no sea la pancarta de los derechos humanos, la pancarta de que todo es bonito, la pancarta de que acompañamos a todo el mundo... ¿Sabe usted quién hace eso? Los médicos cuando estamos en el hospital, mientras usted está aquí creando discursos vacíos, que es lo que es todo este discurso acerca de que ahora al chemsex le vamos a poner un acompañamiento porque los pobres..., bueno, los pobres no, porque es inofensivo. ¡¿Cómo va a ser inofensivo?! ¡Como el fentanilo!, ¡también los vamos a acompañar a todos como en Estados Unidos, en Nueva York? (*Rumores.*) Sí, pero si lo sugieren, si lo sugieren, si lo sugieren. (*Rumores.*) ¡Hombre que no!

El Sr. **PRESIDENTE**: A ver, señorías, dejen de interpelar al compareciente, por favor.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Pero es un sinsentido. ¡Tres cañas es igual, el alcohol, que el GHB, el GHD y la mefedrona!, ¡por favor!

A ver, cuando yo digo que no preguntamos de qué palo es, no significa que no preguntemos por determinantes sociales, preguntamos igual que su asociación por determinantes sociales: familia, pobreza..., por todo, ahora, que le preguntemos si es homosexual, heterosexual o no, si no lo hacemos es por no discriminar, pero ese no es el único determinante social. (*Rumores.*) ¡Ah, sí?, ¿hay que preguntar? Bueno, pues lo voy a recoger.

El Sr. **PRESIDENTE**: Su tiempo ha terminado, tiene que ir acabando la intervención.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Pues ya está, apuntaré que a partir de ahora tenemos que preguntarle a la gente: es usted... ¿Le preguntamos también si va de putas o no va de putas, o no? (*Rumores.*) (Un Sr. **DIPUTADO**: *¡Pero si lo pregunta la médica de cabecera!*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, por favor.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): Ya pero los psiquiatras tenemos que tener...

El Sr. **PRESIDENTE**: El compareciente tiene un tiempo, acaba, ustedes mantienen silencio mientras él interviene... (*Rumores*).

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): A los psiquiatras nos tienen prohibido preguntas sobre ciertas cosas. Hay una ley que nos prohíbe meternos en algunas cosas, eh; una ley de transexualidad.

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

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): (*Rumores.*) No, que no podemos evaluar, que no podemos evaluar.

¿Recursos suficientes? A ver, en este momento hay más recursos de salud mental de los que nunca ha habido; suficientes no hay, pero más que nunca hay. Lo que pasa es que la demanda es enorme, cada vez hay más demanda, pero hay un 20 por ciento más de recursos en salud mental de los que había hace tres años. ¿Cuántos hay que tener? Bueno, pues eso ya es cuestión del Estado, que invierta más en Sanidad, pero, desde luego, la Comunidad de Madrid, que es de la que yo le hablo, tiene 20 por ciento más y son insuficientes, ¡no damos abasto!, ¡no damos abasto! ¿Que en un mundo ideal habría recursos para todos, un psicólogo para todos y un acompañante para todos? Pues estoy de acuerdo con usted, pero, mientras tanto, yo tengo que ir a trabajar y las listas de espera son las que son. (*Rumores.*) ¿No me ha preguntado eso?, ¿no me ha preguntado usted que si los recursos son suficientes? ¡Ahora resulta que no me lo ha preguntado!

Que la salud pública, que el Estado tiene que estimular el bienestar y el bienestar sexual de la población; ¿no ha dicho usted eso? ¿Y eso qué significa exactamente? Yo no sé si puedo hacer preguntas... No puedo, ¿no?

El Sr. **PRESIDENTE**: No debería.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): ¿Eso también entra dentro del trabajo de los médicos?, ¿eso también entra dentro del trabajo de los médicos, estimular el bienestar sexual de las personas? (La Sra. **BONMATI GARCÍA**: *Sí, el bienestar sexual...*) Vale y mientras tanto dejamos a los esquizofrénicos, a los trastornos de personalidad, a las anorexias..., ¿eh?, y nos dedicamos a estimular el bienestar sexual de las personas. (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, su tiempo ha concluido.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): O sea, en un mundo de precariedad como el que vivimos, de verdad, ¿cómo pueden plantear cosas tan absolutamente alejadas de la realidad? O sea... ¡Si no tenemos ni para...! No sé si ustedes tienen algún

familiar con una enfermedad mental... ¡Si no tenemos ni para atenderles bien, ¿me va usted a decir que tenemos ahora que dedicarnos a estimular la salud sexual?! (El señor Marcano Dasilva pronuncia palabras que no se perciben.) ¿Ese es su discurso?, ¿ese es su discurso estructurado?

El Sr. **PRESIDENTE**: Damos por concluida la... Tenemos que ir terminando. (Rumores.) (Protestas por parte del señor Marcano Dasilva.) Señorías, por favor..., damos por concluido... (Rumores.) ¡Señorías, por favor!, venga.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): ¡Usted qué me va a decir a mí que estructure el discurso!

El Sr. **PRESIDENTE**: Señoría... (Rumores).

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): ¡Yo hago muchos discursos! Usted lee...

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Carrasco, señor Carrasco...

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): ¡Es que me ha dicho que estructure el discurso!

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Carrasco, señor Marcano, por favor, acabamos aquí este punto del orden del día. Le agradezco mucho su intervención y haber venido a esta comparecencia de la Asamblea de Madrid.

El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID** (Carrasco Perera): ¡Once oposiciones me ha costado ser médico! A usted no sé cuántas les ha costado.

El Sr. **PRESIDENTE**: Y pasamos al quinto punto del orden del día. (Rumores.) Señorías... ha terminado la comparecencia, el cuarto punto, y pasamos al quinto punto del orden del día. (Rumores.) Señorías... (El Sr. **MARCANO DASILVA**: *Somos representantes públicos por elección.*) (El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID**: *Pero le he preguntado que cuántas oposiciones le ha costado. ¡Que a mí me ha costado once!*) Señoría, señoría... (Rumores.) (El Sr. **CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE Y DOCTOR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID**: *¡Que no le he insultado! ¡Que no le he insultado! Que usted me dice que estructure el discurso, y yo le digo...*) Señorías, señorías... (Pausa.) ¿Acabamos ya, por favor? Muchísimas gracias. Gracias a todos. Quinto punto del orden del día.

— RUEGOS Y PREGUNTAS. —

¿Algún ruego o alguna pregunta?

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Sí.

El Sr. **PRESIDENTE**: Me lo imaginaba.

La Sra. **CARMONA OSORIO**: Ya antes de esta última comparecencia le quería agradecer al presidente la flexibilidad con los tiempos de intervención, que se agradece mucho; y vista la última comparecencia, solamente recordar que los diputados, todos, estamos aquí por voluntad de las urnas, no por concurso-oposición, que parece ser que hay gente que no tiene muy claro el funcionamiento de las cámaras legislativas y de la democracia en general. Gracias. (*Rumores*).

El Sr. **PRESIDENTE**: Señorías, por favor. Venga. ¿Algo más?

La Sra. **GONZÁLEZ GÓMEZ**: Sí, un ruego. Simplemente, al presidente, pedirle disculpas por la dificultad en la moderación de esta última intervención. Solo que tenga en cuenta que el compareciente nos estaba interpelando directamente. En esas situaciones es muy difícil no responder. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Ha sido mutua la interpelación. Bueno. ¿Grupo Parlamentario Popular?

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Efectivamente. Yo creo que ha sido mutua la interpelación. Y cuando se habla de que "esta es nuestra Cámara", entiendo que el diputado socialista habla en plural mayestático: no "nuestra" de los diputados; es "nuestra" de los ciudadanos, incluidos, por supuesto, los comparecientes, en este caso, el último compareciente. ¡Solo faltaba!

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Pues ahora voy a intervenir yo. Lo siento. Por supuesto que es de todos los ciudadanos...

El Sr. **PRESIDENTE**: Señor Marcano, todavía no tenía usted el uso de la palabra, pero se lo doy también.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Perdone, señor presidente. Por supuesto que es de todos...

El Sr. **PRESIDENTE**: Interviene igual que el resto de sus compañeros.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Pero lo que no es de recibo es que se le falte al respeto a representantes de la soberanía popular. Estamos aquí porque nos han elegido los ciudadanos.

El Sr. **PRESIDENTE**: Bueno.

El Sr. **MARCANO DASILVA**: Y no hace falta hacer una oposición para esto. Y creo que esto interpela a todos los diputados, no solamente a los de una bancada o a los de otra. Y yo he permanecido absolutamente en silencio durante la cantidad de improperios que ha soltado este señor contra una cámara de representantes públicos.

El Sr. **NÚÑEZ HUESCA**: Yo, presidente, creo que los diputados deberíamos... somos, de hecho, los que recibimos a los expertos, a los comparecientes, y creo que los comparecientes y los expertos merecen un respeto si es que queremos que sigan viniendo. Yo, desde luego, al último compareciente no le he escuchado ni una sola falta de respeto a nadie. Otra cosa es que se discrepe - incluso que se discrepe con contundencia- de determinadas tesis. Una cosa es eso y otra muy diferente es las faltas de respeto, que desde este grupo no hemos visto. isolo faltaba!

La Sra. **BARRERO ALBA**: Perdón...

El Sr. **PRESIDENTE**: Y Vox, que no había intervenido... pues le damos también el uso de la palabra...

La Sra. **BARRERO ALBA**: Sí, no ha intervenido... efectivamente. Entiendo que los intervinientes vienen a esta Cámara porque son expertos en una materia, y como tal debemos guardar por lo menos un respeto a la hora de recibirles. Yo lo único que he oído son faltas de respeto precisamente en sentido contrario; porque uno puede discrepar, pero vamos... Que se nos hable a este grupo de las faltas de respeto, cuando sistemáticamente nos están diciendo improperios y diciendo de todo, a mí me llama muchísimo la atención. Lo que pasa es que el espectáculo que hemos dado -y lo digo en plural- ante un compareciente me da vergüenza, porque todos son igual de válidos, todos los comparecientes. Han dicho lo que han estimado conveniente. Hemos estado en muchas cosas en contra y discrepamos mucho de lo que han dicho algunos comparecientes, y en ningún caso hemos interpelado a ningún compareciente. Nos hemos mantenido callados, hemos podido decir en el turno de preguntas que a lo mejor discrepábamos, pero en ningún momento hemos interpelado al compareciente. Entonces, me parecen ustedes muy poco, muy poco objetivos. Gracias.

El Sr. **PRESIDENTE**: Y ya no hay más tomas de palabra. Esta presidencia está de acuerdo en que los últimos minutos de esta comparecencia han sido un poco un espectáculo que no corresponde con lo que tiene que ser. Señorías, 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 44 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