



DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Año 2013

X LEGISLATURA

Núm. 72

Pág. 1

PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. GASPAR LLAMAZARES TRIGO

Sesión núm. 12

celebrada el martes 25 de junio de 2013
en el Palacio del Congreso de los Diputados

Página

ORDEN DEL DÍA:

Proposiciones no de ley:

— Sobre evaluación del coste económico de la moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de medidas de impulso y colaboración con los municipios para prevenir y superar las situaciones de drogodependencia. Presentada por el Grupo Parlamentario Mixto del Senado. (Número de expediente del Congreso 161/001437 y número de expediente del Senado 661/000226) 2

— Relativa a la reducción del consumo no controlado de hipnosedantes. Presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso. (Número de expediente del Congreso 161/001599 y número de expediente del Senado 663/000039) 6

Comparecencias. Por acuerdo de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas:

— Del coordinador del equipo de inclusión, área de desarrollo social e institucional de Cáritas (Cristóbal Rincón), para informar en relación con el objeto de la Comisión. (Número de expediente del Congreso 219/000321 y número de expediente del Senado 715/000246) 9

— Del responsable del plan de salud de Cruz Roja Española (Hernández González-Nicolás), para informar en relación con el objeto de la Comisión. (Número de expediente del Congreso 219/000322 y número de expediente del Senado 715/000247) 9

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 2

Se abre la sesión a las doce y diez minutos del mediodía.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, tenemos ya un retraso muy importante debido al solapamiento entre la ponencia y la Comisión y sería bueno aclarar algunas cosas antes de empezar. Algunos parlamentarios y parlamentarias me plantean la necesidad de que la votación pudiera ser, en vez de al final de la sesión, después del debate de las dos PNL, que será breve, porque parece ser que puede haber acuerdo. ¿Están de acuerdo en que la votación sea en torno a la una menos cuarto, para dar lugar posteriormente a la comparecencia en un solo trámite de los dos comparecientes? **(Asentimiento)**.

PROPOSICIONES NO DE LEY:

— **SOBRE EVALUACIÓN DEL COSTE ECONÓMICO DE LA MOCIÓN POR LA QUE SE INSTA AL GOBIERNO A LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE IMPULSO Y COLABORACIÓN CON LOS MUNICIPIOS PARA PREVENIR Y SUPERAR LAS SITUACIONES DE DROGODEPENDENCIA. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO DEL SENADO. (Número de expediente del Congreso 161/001437 y número de expediente del Senado 661/000226).**

El señor **PRESIDENTE**: Proposición no de ley sobre evaluación del coste económico de la moción por la que se insta al Gobierno a la adopción de medidas de impulso y colaboración con los municipios para prevenir y superar la situación de drogodependencia. Es del Grupo Parlamentario Mixto y al no estar su portavoz voy a defenderla en su nombre. Pido al vicepresidente segundo que me sustituya. **(El señor vicepresidente, Antón Rodrigo, ocupa la Presidencia)**.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Antón Rodrigo): Señor Llamazares, tiene la palabra.

El señor **LLAMAZARES TRIGO**: Señorías, esta iniciativa tiene causa en el 25.º aniversario del convenio entre la Federación Española de Municipios y Provincias y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, donde se establece la finalidad de un marco de cooperación que sirva para impulsar los planes municipales en relación con el Plan Nacional sobre Drogas.

La preocupación surge no de la celebración de este convenio y del recorte presupuestario que sufre el Plan sobre Drogas en dos años sucesivos, a pesar de que tiene otras fuentes de financiación, sino como consecuencia del borrador de reforma del régimen local, donde se priva de competencias en materia de sanidad y servicios sociales al ámbito municipal. Una privación de competencias sobre la base de competencia única por cada Administración, que ha generado gran preocupación en la FEMP e incluso en el marco del Plan sobre Drogas. Todo ello a pesar de que el prólogo del manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas recientemente editado por la FEMP y la Delegación del Gobierno dice lo siguiente: Los municipios, como entidades territoriales más cercanas, constituyen el marco idóneo para reunir, analizar y satisfacer los intereses y aspiraciones ciudadanas en todo lo que tiene que ver con las condiciones de vida y la relación de convivencia, pero la organización municipal no aporta exclusivamente la disponibilidad de una red de servicios más próximos y accesibles sino que también contribuye a la ordenación de la vida comunitaria, se abre a los problemas sociales, facilita la cooperación con entidades privadas y ONG y normaliza toda la intervención social, adecuándola a las necesidades características y expectativas de los propios ciudadanos. Todo ello otorga a los municipios una gran relevancia entre los diferentes actores implicados en la política frente a la droga. De hecho, los municipios han desempeñado y desempeñan todavía un papel muy importante en la generación de respuestas institucionales a este fenómeno, ofreciendo múltiples recursos y aplicando un impulso decisivo en las etapas iniciales del problema. Así lo reconoce incluso la estrategia nacional sobre drogas, cuando afirma que a los logros alcanzados en el plan nacional durante los quince años anteriores han contribuido de forma importante las administraciones locales, que desde su posición privilegiada de proximidad a la realidad han articulado respuestas concretas y eficaces ante el problema de la drogodependencia. Más adelante, tras congratularse porque muchos municipios ya tienen sus planes, el delegado añade: sin embargo, aún quedan importantes esfuerzos que realizar en el ámbito local. La citada estrategia nacional plantea que el cien por cien de los municipios españoles de más de 20.000 habitantes dispongan de un plan municipal sobre drogas. Obviamente, estamos muy lejos de ese objetivo, que se oscurece aún más con los recortes pero sobre todo con la privación de competencias al ámbito municipal. Quiero recordar que la anterior presidenta de la FEMP, en la introducción al citado manual, plantea mucha cautela, pero no puede evitar afirmar que los ayuntamientos como ente administrativo más cercano al ciudadano tienen un papel primordial en la

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 3

intervención ante las drogodependencias. De eso trata nuestra iniciativa, que propone reforzar la política de colaboración con los municipios, sobre todo para la prevención en materia de drogodependencia; impulsar la elaboración de nuevos planes municipales sobre drogas donde estos no existan y apoyar mediante recursos económicos y con apoyo político la puesta en práctica de iniciativas contempladas en los planes municipales de drogas.

Señorías, hemos tenido noticias recientemente del cierre de dispositivos municipales para la atención de drogodependientes e incluso de reducción drástica de personal de esos dispositivos municipales. A eso responde esta iniciativa, a esa preocupación, al papel de las administraciones locales en relación con la prevención y la lucha contra las adicciones. **(El señor presidente ocupa la Presidencia).**

El señor **PRESIDENTE**: A esta iniciativa se ha presentado una enmienda por parte del Grupo Parlamentario Popular, cuyo portavoz, señor Aguirre, tiene la palabra.

El señor **AGUIRRE MUÑOZ**: Señorías, el Grupo Parlamentario Popular comparte plenamente el posicionamiento del Grupo Mixto en la importancia que tienen los municipios en todo lo que es el abordaje de la drogadicción. Los que ya no tenemos ni pelo ni canas, y sobre todo los que hemos estado trabajando como médicos en los pueblos, recordamos los años ochenta, cuando empezó el problema de las adicciones con el tema de la heroína y veíamos cómo eran los propios municipios los que daban los primeros pasos ya que no estaba de forma reglada el abordaje de los drogodependientes, sobre todo de los heroínómanos, en parte por la inseguridad ciudadana que provocaban estos adictos a la heroína con pequeños hurtos u otro tipo de malestar dentro de la sociedad. Los propios ayuntamientos empezaron a establecer una infraestructura mucho antes incluso que el propio Estado, diputaciones o comunidades autónomas. ¿Por qué? Porque el ayuntamiento, que es el que está más cerca, es más sensible a la problemática. Por ello, fueron los primeros que empezaron a poner los medios oportunos para intentar abordar solamente lo que era el tratamiento de los pacientes heroínómanos de aquella época, sobre todo intentando conseguir el máximo de seguridad ciudadana y disminuir la delincuencia en sus propios municipios. Actualmente, los planes municipales sobre drogas se han extendido a la mayoría de los municipios y cuanto más sea su extensión, mejor, pero ya con un abordaje diferente, más enfocado a la prevención de la drogodependencia desde los propios municipios, lo que es el diagnóstico y tratamiento, con unas unidades específicas muchas veces vinculadas a la diputación y por ende a los propios municipios y sobre todo lo que es la reinserción sociolaboral, desde el punto de vista del trabajo y de la organización de estos pacientes con problemas de adicción. Ya no hablamos de la drogodependencia de los años ochenta, de esos marginados cuya problemática se abordaba desde los ayuntamientos de forma sesgada o estigmatizada; ahora mismo está socializado y lo que se hace es sobre todo a nivel de prevención y de reinserción laboral y social por parte de los drogodependientes. El abordaje psicosocial es básico y no basta solamente con la familia o la escuela, sino que es una suma de todo, y en esa suma de todo son importantísimos los propios ayuntamientos.

Nuestro grupo ha presentado una enmienda alternativa, en la cual mantenemos el punto 1 y fusionamos los puntos 2 y 3 de la propuesta del Grupo Mixto, mejorando lo que es la redacción y haciendo hincapié en lo que he manifestado anteriormente. Espero que el Grupo Parlamentario Mixto acepte esta enmienda y que sea votada favorablemente por toda la Comisión.

El señor **PRESIDENTE**: En nombre del Grupo Mixto, tiene la palabra el señor Martínez Oblanca.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Me alegra que la iniciativa del senador Jesús Iglesias haya tenido buena acogida y que el Grupo Popular haya presentado una enmienda que refuerza la necesidad de impulsar la importantísima labor que están desarrollando los ayuntamientos en una materia tan crucial como es la prevención de la drogodependencia. La propuesta del PP fusiona los dos puntos de la moción original, la enriquece, y nosotros vamos a apoyarla, como es natural.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo de Unión, Progreso y Democracia, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Muy brevemente para decir que apoyamos la iniciativa.

En el discurso que hice no recuerdo en qué Comisión acerca de la reforma de las administraciones, decía que nos preocupaba por dos razones; en primer lugar, porque se quedaba en las formas, no entraba en el fondo de la cuestión y no atacaba los problemas que nosotros creemos son importantes en cuanto

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 4

a presupuestos, como por ejemplo el de las diputaciones; en segundo lugar, poníamos el acento en el vaciamiento de las competencias de los ayuntamientos en algo que tiene que ver con los servicios sociales, ayuntamientos que para nosotros son esenciales porque por proximidad y por conocimiento de los vecinos y también de su problemática nos parecía que debían seguir haciendo el trabajo que hasta ahora han venido desarrollando con evidentes problemas que no está de más recordar aquí y que tienen que ver con la financiación, con los problemas económicos y con los impagos que esos ayuntamientos someten muchas veces a ONG que se dedican a esta materia de la que estamos hablando hoy y, por qué no decirlo, con los recortes que en general están sufriendo todas las administraciones durante esta terrible época de crisis. Creemos que hay que reconocer el importante papel que juegan los ayuntamientos en este tema y por tanto votaremos afirmativamente esta propuesta.

El señor **PRESIDENTE**: Por el Grupo Socialista, tiene la palabra la señora Hernanz Costa.

La señora **HERNANZ COSTA**: Quiero anunciar el apoyo del Grupo Parlamentario Socialista a la proposición no de ley presentada por el Grupo Mixto y nuestro voto favorable a la misma ya que compartimos la opinión del papel que los municipios desde su posición privilegiada de proximidad a la realidad han jugado y en nuestra opinión deben seguir jugando en la lucha contra el problema de la drogodependencia.

Como sabemos, la drogodependencia obedece a múltiples causas y tiene también un carácter multidimensional en la afectación del individuo y de su entorno, que hace necesaria una planificación de la intervención que englobe los diversos aspectos interrelacionados —sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etcétera—, siendo necesario su abordaje desde una perspectiva global y siendo fundamental el trabajo desde los planes integrales que contemplen una coordinación adecuada de todo este tipo de servicios. Desde el Grupo Socialista entendemos que además de los planes nacionales y los autonómicos son absolutamente necesarios y eficaces los planes municipales que poco a poco fueron apareciendo e implantándose a lo largo y ancho del territorio nacional. Creemos que el marco municipal se presenta como un escenario idóneo de intervención en este campo por diversas razones. El ayuntamiento constituye el referente administrativo más cercano a la ciudadanía y la mayor proximidad al ciudadano facilita la detección precoz de los problemas y permite una más rápida localización de las respuestas. La notable dimensión social del fenómeno, por una parte, y la necesidad de lograr la inserción del drogodependiente como parte necesaria de su proceso de cambio, por otra, señalan la necesidad de un marco que permita el trabajo comunitario y la participación de la sociedad civil. Esta capacidad de integración y normalización puede ser claramente facilitada por los ayuntamientos.

Entendemos que los planes municipales de drogas han sido, están siendo y deben seguir siendo un instrumento que ha conferido estabilidad a las acciones y a los programas que se han desarrollado en este campo. Creemos que han servido para establecer las necesidades específicas sobre el terreno y que han constituido un instrumento aglutinador, capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la Administración y a las aportaciones realizadas desde los diferentes servicios, rentabilizando los recursos y armonizando las iniciativas. Creemos, en definitiva, que nadie puede poner en duda el papel fundamental que deben jugar los municipios en la política de lucha contra las drogas y sus efectos.

El Grupo Socialista cree firmemente en el papel relevante que deben tener los municipios en este tipo de políticas, por ello, quiero aprovechar esta proposición no de ley presentada por el Grupo Mixto para expresar nuestra máxima preocupación por la supervivencia de este tipo de planes tras las medidas que en los últimos meses, semanas y días está adoptando el Gobierno del Partido Popular. Porque si bien es cierto que en la elaboración de este tipo de planes ha jugado un papel importante el impulso y asesoramiento que a los mismos se ha otorgado desde la Federación Española de Municipios y Provincias, a través del convenio que desde el año 2001 viene firmándose con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, dotado con 300.000 euros, que nos consta que este año está también a punto de firmarse, sería hacer política ficción si creyéramos que la firma de ese convenio garantiza la supervivencia o cuanto más la extensión de este tipo de planes.

Los planes municipales de drogas se nutren fundamentalmente, al margen de las subvenciones específicas que para programas concretos recaban los ayuntamientos, de fondos propios; del presupuesto municipal, de sus recursos y de sus profesionales en materia de servicios sociales. Por tanto, compartiendo plenamente el espíritu y la letra de la moción, queremos poner de manifiesto que ese refuerzo de la política de colaboración con los municipios para prevenir las situaciones de drogodependencia y el impulso

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 5

a la elaboración de planes municipales de droga allí donde no existan, no puede considerarse salvado o conseguido mediante la firma anual del convenio al que se hace referencia en la parte expositiva de la proposición no de ley.

La realidad es que los planes municipales sobre drogas tienen su supervivencia ligada a la de los servicios sociales municipales. Lo cierto es que cuanto más ahogamos financieramente a los ayuntamientos y cuanto más recortemos los presupuestos destinados a políticas de bienestar social, más estaremos haciendo para la desaparición de los planes municipales de drogas entre otras muchas cosas.

Como todos sabemos, la red básica de servicios sociales de las corporaciones locales se financia con la aportación del Estado, de las comunidades autónomas y de las propias corporaciones locales. Si tenemos en cuenta que para este año 2013 los recortes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad han reducido la aportación al plan concertado en un 68% respecto al presupuesto de 2011, pasando de los 86,5 millones de entonces a los 27,5 millones de ahora, podemos darnos cuenta del negro futuro que, si no cambia el rumbo y la deriva de las políticas sociales del actual Gobierno, les espera a los planes municipales de droga y al resto de los servicios sociales prestados por los ayuntamientos de este país.

Para poder explicar a los miembros de la Comisión la repercusión de lo que estoy diciendo, me permitirán que ponga el ejemplo del ayuntamiento de la ciudad donde yo vivo, Ibiza, que en el último año ha visto recortado el presupuesto de su plan municipal de drogas en un 50% y tal y como van las cosas ya veremos qué pasará el año que viene. Y si hablamos de los efectos de los recortes en las políticas municipales de bienestar social y por ende en los planes municipales de drogas, se hace imposible no hacer mención a los efectos devastadores que la ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local que en la actualidad está tramitando el Gobierno va a tener con toda seguridad sobre la prestación de los servicios sociales por parte de los ayuntamientos y por ende de la supervivencia de los planes municipales de drogas.

Hechas todas estas puntualizaciones y poniendo de manifiesto que, desde nuestro punto de vista, es necesario garantizar la pervivencia y la extensión de este tipo de planes pero que desgraciadamente eso va mucho más allá de la firma anual del convenio entre la FEMP y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como he dicho al principio de mi intervención, nuestro voto será a favor de la proposición no de ley presentada.

El señor **PRESIDENTE**: Señorías, en mi doble condición de presidente y de portavoz sustituto del senador Iglesias, del Grupo Mixto, acepto la enmienda.

El señor **AGUIRRE MUÑOZ**: Señor presidente, como portavoz del Grupo Popular, me tocaría intervenir...

El señor **PRESIDENTE**: ¿Con relación a qué, ya que no hay intervención posterior?

El señor **AGUIRRE MUÑOZ**: He defendido la enmienda y ahora me toca la intervención...

El señor **PRESIDENTE**: Se defiende la enmienda y luego intervienen el resto de grupos parlamentarios. No hay intervención de los grupos parlamentarios sustituta de la intervención de enmienda. ¿Hay alguna alusión que tenga que responder? Porque entonces tengo que darle la palabra a usted y al grupo parlamentario que haya aludido.

El señor **AGUIRRE MUÑOZ**: Quería fijar posición referente a la realidad económica del Plan Nacional sobre Drogas. No lo dije antes teniendo en cuenta que luego tenía mi intervención como portavoz.

El señor **PRESIDENTE**: No es un procedimiento habitual en la Comisión. Siempre hemos sido muy flexibles, pero no es ese el funcionamiento de la Comisión. Se defiende la enmienda y en esa intervención se dan todos los argumentos... Venga, tiene dos minutos, y luego, si otros portavoces se sienten aludidos, tendré que darles la palabra.

El señor **AGUIRRE MUÑOZ**: Seré muy rápido. No voy a entrar en los recortes, pero sí en un tema específico. De lo que estamos hablando aquí es del porcentaje que va del Plan Nacional sobre Drogas hacia los ayuntamientos, y ese porcentaje, gracias a la legislación actual, no se ha tocado. Las transferencias a las corporaciones locales realizadas en aplicación de la Ley 17/2013, de 29 de mayo, una ley del Partido Popular, dice que los fondos de bienes decomisados de tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 6

han ido incrementándose desde el año 2005 al año 2012 en un 262%. El aumento que ha habido de lo que se ha transferido desde el Plan Nacional sobre Drogas a los ayuntamientos ha subido un 262% gracias a la ley de fondos decomisados. En un principio era de 1.700.000 euros en el año 2005, y en el último año ha sido de 4.454.000 euros. Ha habido una bajada de un 10%, de 481.000 euros de este año al año anterior, pero la subida ha sido exponencial. Gracias a que se nutre del fondo de bienes decomisados podemos decir que las transferencias que hace la Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas a los ayuntamientos progresa adecuadamente, aparte de los propios recortes que haya dentro de la Administración General del Estado.

El señor **PRESIDENTE**: Tiene la palabra la señora Hernanz.

La señora **HERNANZ COSTA**: Simplemente quería apuntar que si lo que ha pretendido el portavoz del Grupo Popular es transmitirnos optimismo o un panorama favorable sobre lo que son las políticas sociales que se prestan desde los ayuntamientos, nada nos gustaría más que poder creérselo. Invitaría a su señoría a que se acerque a su propio ayuntamiento y que los servicios sociales le expliquen cuál es la situación en la que están quedando los mismos, cuál es la situación de su plan municipal de drogas, que, repito, se nutre de sus propios fondos y de sus propios profesionales, y también estaría muy bien que se sentara con esos profesionales de los servicios sociales para que le pudieran transmitir su preocupación y el negro futuro que ven a todas esas políticas sociales de cercanía fundamentales para poder combatir el problema de las drogas y otro tanto con las políticas de recortes y con las modificaciones de la ley local que está llevando a cabo el Partido Popular.

— **RELATIVA A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO NO CONTROLADO DE HIPNOSEDANTES. PRESENTADA POR EL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR EN EL CONGRESO. (Número de expediente del Congreso 161/001599 y número de expediente del Senado 663/000039).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a la segunda proposición no de ley, relativa a la reducción del consumo no controlado de hipnosedantes, para lo cual tiene la palabra el señor Villanova, del Grupo Parlamentario Popular.

El señor **VILLANOVA RUEDA**: El Grupo Popular ha presentado esta proposición no de ley que surge como consecuencia de la famosa encuesta de Edades, que se presentó el 22 de enero de 2013, relacionada con el consumo de alcohol y otras drogas. Esa encuesta es la que verdaderamente nos ha provocado la preocupación —que todos los grupos van a compartir casi con toda seguridad— que supone el aumento del consumo de hipnosedantes. Esta encuesta, que como todos sabéis, está relacionada con el ejercicio 2011-2012, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el testimonio de personas de entre quince y sesenta y cuatro años, plantea que el abuso de hipnosedantes en nuestro país se ha disparado en los últimos años, concretamente en los últimos seis años, principalmente tranquilizantes y somníferos. Por ello, los hipnosedantes han pasado de representar menos del 5% en el año 2005 al 11,4% en el ejercicio 2011; y se han convertido en la tercera droga más habitual en nuestro país tras el alcohol y el tabaco. Mientras el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína registra un descenso, los hipnosedantes repuntan en nuestro país, siendo esta una tendencia generalizada, como así ocurre en todos los países europeos.

Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas no se descarta que exista una correlación entre la crisis económica y el consumo de hipnosedantes. También, al parecer, según el Plan nacional sobre drogas el uso de este tipo de fármacos tiene una incidencia entre las mujeres, pues el porcentaje de consumo entre ellas duplica el porcentaje en hombres, como así lo representa esta encuesta. Estamos hablando de que, mientras en las mujeres representa un 15,3%, para los hombres solamente un 7,6%, hasta alcanzar un máximo en las mujeres del 27%, que ya es un porcentaje muy alto, sobre todo mujeres de cincuenta y cinco y sesenta y cuatro años. La adquisición de hipnosedantes puede realizarse en las farmacias, lo que de alguna manera facilita la automedicación y, en consecuencia, supone un peligro importante para la salud, pues puede generar tolerancia e incluso dependencia. La ingesta de este tipo de sustancias sin control médico, alargamiento de un tratamiento inicialmente prescrito, aumento de dosis por cuenta del paciente, etcétera, puede producir que tras cierto tiempo el organismo se acostumbre al fármaco, acabe tolerándolo y pierda su efectividad inicial. En estos casos el paciente suele aumentar la dosis para conseguir los efectos deseados y puede llegar a situaciones de auténtica dependencia. Esta situación pone en valor la importancia del papel del profesional sanitario para prevenir, detectar

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 7

precozmente y dar solución a estos casos. En el caso de que el paciente genere tolerancia y dependencia a los hipnosedantes es necesario saber que la retirada brusca del fármaco puede resultar muy peligrosa; pero su abandono no es problemático si se realiza de forma gradual y siempre bajo supervisión médica. Si no se realiza adecuadamente pueden aparecer signos propios del síndrome de abstinencia, aumento de la ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, dolor de cabeza y tensión muscular, además de temblores y palpitaciones. En casos muy graves —es infrecuente— pueden incluso producirse convulsiones o episodios epilépticos.

Creemos que este aumento tan considerable, como ya he expresado anteriormente y que el Grupo Popular así lo ha analizado, es suficiente motivo para alertar a todos los parlamentarios sobre esta problemática reflejada en esta encuesta. Por ello, y pido en este sentido la colaboración de todos los grupos parlamentarios, el Congreso de los Diputados insta al Gobierno a estudiar la aplicación de medidas con las que reducir el consumo no controlado de hipnosedantes, en coordinación con las comunidades autónomas y teniendo presente la información y las buenas prácticas generadas por el Plan nacional sobre drogas en materia de prevención y abordaje de las adicciones.

El señor **PRESIDENTE**. A continuación, tiene la palabra el señor Martínez Oblanca, del Grupo Parlamentario Mixto.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Intervengo para expresar mi apoyo a la proposición no de ley del Grupo Popular sobre hipnosedantes, cuyo consumo no controlado aumentó, como refleja la encuesta sobre alcohol y drogas en España 2011-2012, a la que se ha referido el portavoz popular don Joaquín Villanova. Llama la atención el aumento no solamente en este tipo de consumo, sino el hecho de que la proporción de mujeres duplica al de varones, como también señalaba el portavoz popular. El consumo de sedantes se ha venido multiplicando a lo largo de la última década, y es la tercera droga más consumida en España, con una tendencia y unas derivadas muy peligrosas en el ámbito personal, laboral y —conviene reseñarlo— en la conducción de vehículos. El Instituto Nacional de Toxicología ha detectado de forma fehaciente que la presencia de psicofármacos en víctimas mortales —conductores y peatones— se ha duplicado en los últimos cinco años. Estamos, por lo tanto, ante otra señal de alarma que justifica, más si cabe, la adopción de medidas para reducir el consumo no controlado de hipnosedantes. En este sentido es tan oportuna como necesaria esta iniciativa del Grupo Popular, que contará con el voto del Grupo Mixto.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, por el Grupo de Unión Progreso y Democracia, tiene la palabra el señor Cantó.

El señor **CANTÓ GARCÍA DEL MORAL**: Una de las cosas que se van aprendiendo repetidamente cuando estamos en esta Comisión y cuando escuchamos a los comparecientes es la de huir de ese perfil típico que se nos presentaba siempre del adicto. Hoy en día especialmente para mí es preocupante un par de cosas. Una tiene que ver con la propuesta que se nos trae hoy, y la otra, con esa idea que creo que no hay que cansarse de repetir, que la droga ilegal más utilizada en este país en este momento es el alcohol en los menores. Sé que es cierto que este perfil que se nos presenta hoy aquí está creciendo espectacularmente; es un perfil diferente al típico, es un perfil de gente mayor —la media de edad era en torno a los treinta y cinco años—, con una incidencia del doble en las mujeres que en los hombres. Yo creo que estaría bien recordar hoy mismo en esta Comisión —se presentaban un par de estudios y nos hablaban un par de expertos— dos temas que me parecen preocupantes porque es la problemática que viene, en este caso desde Estados Unidos. Ha habido un par de datos que me han parecido importantes y que tienen que ver con la propuesta que se nos presenta hoy aquí. Se decía que a partir de 2007 en Estados Unidos las muertes por sobredosis de medicamentos superaban a las muertes por sobredosis de cocaína y heroína. Esto me parece especialmente preocupante. Se decía también que se calculaba que en el mundo había seis veces más adictos a medicamentos recetados que adictos a las drogas ilegales. Por eso, me parece importante el tema que trae hoy aquí el Grupo Popular: la adicción a esos hipnosedantes.

Nosotros queríamos simplemente sumarnos a la iniciativa, decir que vamos a apoyarla. En todo caso, aunque no hemos presentado una enmienda, sí quiero decirle al Grupo Popular que estaría bien abrir el abanico de medicamentos que se van a tratar con esta propuesta. Sin ir más lejos, hoy también se nos hablaba de que todas las medicaciones que tienen que ver con disminuir, controlar el dolor estaban sufriendo un uso, un abuso sistemático y, en este sentido, también las administraciones públicas debieran comenzar a trabajar.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 8

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

La señora **GRANDE PESQUERO**: Efectivamente, en la encuesta sobre alcohol y drogas en España 2011-2012 se evidencia que los consumos de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína descendieron entre un 1% y un 2% respecto de encuestas anteriores. Y aunque el alcohol es la droga más consumida, seguida por el tabaco, nos encontramos con los hipnóticos sedantes en tercer lugar y subiendo. Procesos como la ansiedad, los cuadros depresivos, los trastornos de pánico, las fobias, el insomnio, cada vez afectan a mayor número de personas. Quizá —y no tan quizá— un factor como la crisis económica aumente la angustia del presente y el miedo al futuro, lo cual influye determinantemente en el aumento del consumo de fármacos hipnóticos sedantes en los últimos años. Su uso, además, se incrementa a partir de los treinta y cinco años, y mientras que en el consumo de las otras sustancias suelen tener prevalencia los hombres, en el caso de los hipnóticos sedantes la proporción de mujeres consumidoras duplica a los varones, siendo de un 15,3% frente a un 7,6%. Estos datos coinciden también con la última encuesta de población general realizada por el Observatorio español sobre drogas, en la que el 3,9% de la población española entre los quince y los sesenta y cinco años ha tomado hipnóticos sedantes durante el último año sin receta médica. Además, ambas encuestas coinciden en que este porcentaje ha ido creciendo de forma progresiva en los últimos años, sobre todo en la población femenina mayor de treinta años. Es frecuente que en cualquier botiquín casero existan sustancias como los hipnóticos o los barbitúricos sedantes que se utilizan contra la depresión y el estrés, y que usados bajo la supervisión médica, no solo son de ayuda, sino que son absolutamente seguros. El problema aparece cuando se utilizan sin ese control médico y se comienza un uso libre y en muchas ocasiones con el abuso, lo cual multiplica el riesgo para la salud exponencialmente por la tolerancia al fármaco y, por tanto, por el posterior abuso y dependencia del mismo.

Quisiera detenerme un momentito en un aspecto que consideramos muy relevante, y comentar otro estudio más, el estudio de las campañas de prevención de drogas desde la perspectiva de género que hizo la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, la UNAD; estudio que fue elaborado ante el aumento de mujeres que consumen sustancias psicoactivas legales e ilegales. Tanto es así, que se puede decir que en los últimos años se ha producido una feminización en el consumo de este tipo de sustancias. De las 100.000 personas al año que hace ya más de veinte años atiende la UNAD, el porcentaje de varones hace una década era de más del 85%, por tanto 15% mujeres; y sin embargo, ya en el año 2006 las mujeres atendidas por este organismo eran el 26%, y en las últimas cifras manejadas por la UNAD para el año 2012 este porcentaje ya roza el 45%. En este estudio se nos pone de manifiesto que los recursos para la atención a las dependencias no están adecuados a las mujeres, en parte porque el consumo femenino suele estar invisibilizado. En las conclusiones de dicho estudio la UNAD señala que las campañas publicitarias de prevención del consumo de drogas no contemplan la perspectiva de género y no están pensadas para que lleguen a las mujeres igual que a los hombres, ya que no tienen en cuenta el consumo diferenciado entre hombres y mujeres. No se conoce —por lo menos nosotros no conocemos— ninguna campaña de prevención de consumo de drogas que vaya dirigida de forma específica a las mujeres y, sin embargo, en estas campañas están presentes los roles y los estereotipos habituales entre mujeres y hombres, dando la imagen de que los hombres siguen representando —con la voz en *off* que le suelen poner— la autoridad y la credibilidad, mientras que las mujeres somos presentadas como vulnerables, angustiadas y con preocupación. Es por ello que si el Gobierno tiene a bien hacer caso a lo que vamos a aprobar en esta proposición no de ley, porque anuncio el voto afirmativo de mi grupo a la misma, entre las medidas a estudiar para reducir el consumo no controlado de hipnóticos sedantes debería ser una prioridad que en el futuro todas las campañas publicitarias de prevención del consumo deberían contemplar la perspectiva de género y ser campañas eficaces y que visibilicen a las mujeres. No lo hemos puesto como enmienda, pero estoy absolutamente convencida de que el Gobierno, cuando elabore y cumpla esta proposición no de ley, lo va a tener en cuenta.

Finalmente, señor presidente, según el *British Medical Journal* el impacto entre la población española tras un año de la aplicación del Real Decreto 16/2012, que por muy largo que le pongan el nombre es de recortes sanitarios, han aumentado las depresiones en nuestro país —escuchen, señorías— un 19,4%; han aumentado las tasas de suicidio el 10%, siendo la tasa de intento de suicidio un 20% mayor. Por tanto, y como conclusión, si el Gobierno no retira este real decreto, más vale que no solo aprobemos esta proposición no de ley, sino que además de estudiar medidas, las defina y las aplique con la mayor urgencia posible, para el bien de los ciudadanos y las ciudadanas españolas. **(Aplausos)**.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 9

El señor **PRESIDENTE**: Como no se han presentado enmiendas a esta proposición, la votaremos en sus propios términos.

Pasamos al turno de votaciones. En primer lugar, votaremos la proposición no de ley sobre medidas de impulso y colaboración con los municipios para prevenir y superar las situaciones de drogodependencia. Se vota en los términos de la enmienda del Grupo Parlamentario Popular.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

En segundo lugar, votamos la proposición no de ley relativa a la reducción del consumo no controlado de hipnosedantes. Se vota en sus propios términos.

Efectuada la votación, dijo

El señor **PRESIDENTE**: Queda aprobada por unanimidad.

COMPARECENCIAS. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN MIXTA PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS:

— **DEL COORDINADOR DEL EQUIPO DE INCLUSIÓN, ÁREA DE DESARROLLO SOCIAL E INSTITUCIONAL DE CÁRITAS (CRISTÓBAL RINCÓN), PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL OBJETO DE LA COMISIÓN. (Número de expediente del Congreso 219/0000321 y número de expediente del Senado 715/000246).**

— **DEL RESPONSABLE DEL PLAN DE SALUD DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA (HERNÁNDEZ GONZÁLEZ-NICOLÁS), PARA INFORMAR EN RELACIÓN CON EL OBJETO DE LA COMISIÓN. (Número de expediente del Congreso 219/000322 y número de expediente del Senado 715/000247).**

El señor **PRESIDENTE**: Pasamos a los puntos 3.º y 4.º del orden del día, que tienen que ver con las comparecencias de los señores Cristóbal Rincón y Hernández González-Nicolás, que comparecerán de forma conjunta.

Señorías, damos la bienvenida a don Francisco Cristóbal Rincón, coordinador del equipo de inclusión, área de desarrollo social e institucional de Cáritas, y a don Juan Jesús Hernández González-Nicolás, responsable del Plan de salud de Cruz Roja Española. Como saben ustedes, estas comparecencias tienen origen en una petición inicial ante la ponencia de nuevas adicciones y luego la consideración por parte de la Mesa y portavoces de la Comisión de que sería interesante que estas comparecencias tuvieran lugar ante el conjunto de la Comisión para el Estudio del Problema de las Drogas. Como decía, vamos a hacer la comparecencia simultánea y luego los grupos parlamentarios tendrán la oportunidad de fijar posición o hacer preguntas a sus intervenciones. El motivo de la comparecencia es, por una parte, la situación actual de las adicciones, así como las nuevas adicciones y las preocupaciones que consideren las dos instituciones.

En primer lugar, tiene la palabra el señor Cristóbal Rincón.

El señor **COORDINADOR DEL EQUIPO DE INCLUSIÓN, ÁREA DE DESARROLLO SOCIAL E INSTITUCIONAL DE CÁRITAS** (Cristóbal Rincón): No tengo mucha costumbre de venir a comisiones, con lo cual para mí es algo novedoso. No sé si lo que voy a contar también lo va a ser para ustedes. Quiero agradecerles que se siga abordando el tema de las adicciones y de las drogodependencias porque es un problema que no está resuelto y que sigue afectando de forma muy especial a las personas que sufren pobreza y exclusión en nuestro país.

Como ha dicho el señor presidente, trabajo en Cáritas Española que, como saben, es la Confederación oficial de las entidades de acción social de la Iglesia católica en España, y entre sus objetivos fundacionales destaca la promoción de la solidaridad de la comunidad en la ayuda y el desarrollo integral de la dignidad humana de las personas que se encuentren en situación de necesidad. Por situarles un poco, la red de Cáritas está constituida por 6.000 Cáritas parroquiales que se agrupan en territorios que son las Cáritas diocesanas, y a su vez se distribuyen en Cáritas autonómicas o regionales. El compromiso de Cáritas Española con una nueva sociedad y al servicio de los empobrecidos está apoyado por el trabajo gratuito de alrededor de 64.000 personas voluntarias, y para que se hagan una idea, somos unas 4.000 personas

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 10

contratadas en todo el territorio nacional. Somos una organización generalista, de las que llaman generalistas, y dentro de las acciones que desarrollamos está el trabajo con personas en situación de drogodependencia, que es por el motivo que nos habéis llamado y desde donde hemos atendido a casi 6.000 personas durante el año 2011. La experiencia de trabajo con esas personas nos obliga a pensar y repensar en las formas de hacer y actuar que vamos teniendo. Desde esa experiencia es desde la que voy a hablar y desde la preocupación que tenemos en Cáritas, que creo que es la misma que tienen en esta Comisión y que figura en la citación de la comparecencia, que tenía que ver con lo de la atención integral, que nadie sabe muy bien lo que es esto de la atención integral, pero que a nosotros también nos preocupa y es lo que les voy a contar.

La red de Cáritas parte de la premisa de que la abstinencia de la droga es el objetivo final de toda la planificación e intervención con personas drogodependientes. Pero la experiencia nos va diciendo que un número importante de estas personas continúa consumiendo, muchas veces en condiciones no adecuadas y manteniendo prácticas de riesgo, por ejemplo con la infección de VIH, entre otras enfermedades. Por tanto, nuestros esfuerzos en Cáritas van dirigidos, en primer lugar, a reducir la morbilidad y la mortalidad de estas personas en relación con el hábito de consumir drogas y, en segundo lugar, a tratar su dependencia. También nuestros recursos y servicios tienen una vocación, que es la de recuperar la dimensión social de estas personas en su vertiente de vivir dentro de una comunidad. La idea es intentar recuperar o potenciar el ejercicio del derecho de ciudadanía de estas personas durante todo su proceso. Por tanto, lo que voy a contarles voy a intentar estructurarlo en tres puntos. El primero tiene que ver con las dificultades que hemos ido encontrando en nuestro trabajo en esta atención a estas 6.000 personas que he dicho antes, son nuestras dificultades y es nuestra experiencia, y las vamos a exponer tal cual. El segundo serían las claves necesarias para lograr esa atención integral. Y por último, con esas claves, la necesidad de cambiar de modelo o cambiar de mirada hacia una atención que tiene que tener una concepción más integral y donde, desde luego, la prevención tiene un carácter muy importante.

Como he dicho, voy a hablar de las dificultades que hemos encontrado en nuestros servicios y recursos de atención a la drogodependencia. Voy a establecer una serie de puntos. El primero es que en la mayoría de las situaciones de las personas nunca se da un solo problema. Las personas que utilizan nuestros recursos de adicciones —casas para enfermos de sida, trabajo en el ámbito penitenciario, personas sin hogar, personas en el ámbito de prostitución— presentan múltiples problemas en salud física y mental, con distintos hábitos de consumo y con proyectos vitales rotos. Son situaciones de grave exclusión que cada persona manifiesta de una manera diferente. Los servicios y recursos que hemos ido creando ofrecen coberturas básicas como alojamiento, manutención, espacios donde estar, con el propósito de motivar un cambio de vida más saludable. Así, hemos ido clasificando a las personas en recursos con una atención específica: VIH sida, recursos para inmigrantes, recursos para mujeres, recursos para drogodependientes. Y la pregunta, la dificultad es: ¿dónde enviamos a las personas si se dan varios de estos factores a la vez? O dicho de otra manera, una mujer que vive en la calle con un consumo abusivo, por ejemplo, de alcohol y esporádicamente con otras sustancias, obtiene dinero a través de prostitución, aparecen trastornos de salud mental y además no es española, ¿dónde la mandamos? ¿A un recurso de drogas, a un recurso de prostitución, a una casa de sida? Yo qué sé. En una lógica convencional, que vamos teniendo, se plantea una intervención basada en escalera. Voy a intentar explicar esto: vemos una persona, la etiquetamos, la metemos en un recurso, cuando adquiere las competencias que creemos que están en ese recurso da un salto en la escalera y va a otro recurso, pero nunca o muy pocas veces mantenemos la visión global de lo que le pasa a esa persona. Esta sería una de las dificultades que encontramos.

Otra dificultad es que la persona debe adaptarse al recurso. Nos encontramos con que no se puede disponer de un centro para una persona por no tener la problemática que se requiere para entrar en un recurso. El ejemplo más claro es el de las casas de sida. Supongo que al compañero de Cruz Roja le habrá pasado también: una persona con una situación determinada cumple todos los requisitos, necesita alojamiento, cuidados, atención, pero no tiene sida; no puede entrar en la casa para enfermos de sida. No sé si me explico. A veces hacemos recursos tan cerrados, con unas condiciones tan concretas, que impiden que las personas puedan beneficiarse de ellos. La persona debe adaptarse al recurso, es otra de las dificultades que encontramos. Formamos una imagen de la persona y planteamos el tratamiento en función de sus carencias. Fragmentamos a la persona y la valoración la centramos en sus problemas: tiene un problema de drogas, tiene un problema de sida, tiene un problema de prostitución..., y planteamos la intervención basándonos en esas carencias. Pocas veces planteamos la intervención con esas personas

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 11

basándonos en lo que son capaces de hacer, en lo que son capaces de desarrollar. En Cáritas nos gusta hablar de potenciar el trabajo basándonos en las potencialidades de las personas más que en sus carencias. Esta sería otra de las dificultades. Y la última —que seguro que aquí lo habréis hablado muchas veces— es el tema de la coordinación, siempre insuficiente por dos razones: creemos que existe una dispersión de recursos y servicios especializados, y también creemos que existe escasez de apoyo para antes, durante y después del tratamiento. Juntando ambos elementos, creemos que falta una visión compartida, sobre todo ante la interrelación cada vez más intensa que se produce entre personas en situación de exclusión con problemas de adicciones y con problemas de salud mental.

Estos cuatro elementos serían las cuatro cuestiones que he querido resaltar basándome en las dificultades que encontramos en Cáritas, y de la misma manera voy a hablar de lo que creemos necesario para cambiar esa mirada, que luego diré al final. La persona debe estar en el centro, este sería el titular; cómo pasamos de los colectivos a las personas, cómo pasamos de hablar de drogodependientes a hablar por ejemplo de Paco Cristóbal, con cara, ojos, que tiene un problema de drogas, que a lo mejor es extranjero, que a lo mejor le pasa lo que le pase, pero no es un drogodependiente, es una persona con una serie de situaciones. Otro elemento sería que no vale el café para todos. Según las distintas necesidades de las personas, la forma de intervenir debe ser diferente. Si no todas las personas tienen la misma situación, se impone —no puede ser de otra manera— un mayor grado de personalización y de reconocimiento. Las problemáticas de exclusión, entre las que se incluyen las drogodependencias, no son únicas, están interrelacionadas, como decía antes. Al vincular la totalidad de un proceso a una problemática concreta, corremos —creo— un doble riesgo: estigmatizamos a las personas, le colgamos la etiqueta: eres un drogodependiente para toda su existencia. Y hay otra cuestión, que igual interesa más por el debate que he oído antes, que es el tema del dinero, y es que corremos el riesgo de duplicar las cosas. Recuerdo no hace mucho, en otro sitio donde tuvimos que hablar de temas parecidos a este, que pareciera como si estuviéramos obstinados en crear recursos específicos para gente que ya no es lo que era, y entonces hacemos pisos para exdrogodependientes, pisos para exmujeres que trabajan en el ámbito de la prostitución, pisos para ex no sé qué; a este paso, pues seguramente acabaremos haciendo tanatorios para exdrogodependientes. Entonces, la cuestión es: una vez que las personas controlan los procesos que les llevaron a tener esa situación de exclusión, lo que tiene que distinguir es el acceso a los derechos como cualquier persona en el ejercicio de su ciudadanía: pisos, educación, formación, trabajo, dinero, etc.

Otra clave —he dicho dos, la persona en el centro y lo de las distintas necesidades y las distintas intervenciones— es pasar de una concepción estática de cómo afrontamos las cuestiones de los problemas de drogodependencia a una cuestión más dinámica. En general hablamos siempre de drogodependencias y en Cáritas nos estamos empezando a plantear que no podemos hablar de eso, tenemos que hablar de personas en situación de. Eso significa dos cosas: por un lado, que son personas, como decía antes, y por otro lado, que están en una situación, que se puede resolver. Si hablamos de drogodependientes, parece que tuvieran ahí la carga de la drogodependencia ya como un lastre. Entonces, si hablamos de personas en situación de drogodependencia o personas en situación sin hogar, por ejemplo, lo que indica es que se puede salir, que es posible cambiar.

Hay otra idea que creemos que es clave, que es la de pensar en procesos de desarrollo —y tiene que ver con lo que decía antes— en vez de hablar de itinerarios de inserción. Parece que los itinerarios de inserción son lineales, hay que ir pasando por fases, primero una fase, luego otra, luego otra, y así hasta ver si es posible que les reinsertemos. Creemos que una clave es cambiar ese enfoque. Las personas no van por fases, van por procesos; y vamos para adelante y vamos para atrás, y damos dos pasos para adelante y uno para atrás, y damos un empujoncito. Hay que contemplar la intervención desde esa clave de proceso más en espiral que una cuestión lineal. Por último, es imposible afrontar cualquier proceso de desarrollo sin que existan los apoyos necesarios. Luego lo diré, pero una persona que se encuentra en situación de exclusión por la adicción a drogodependencias, por ejemplo, por mucho que nos empeñemos en que se inserte o que haga procesos de acompañamiento, de inserción, si no tiene los apoyos necesarios para no preocuparse de qué va a comer, dónde va a dormir, qué va a vestir, pues difícilmente podremos tener éxito en ese proceso de trabajo con ellos.

Ya he comentado las preocupaciones de Cáritas, las claves que creemos que tiene que tener y voy a terminar con lo que comentaba antes de la necesidad de un cambio de mirada hacia una atención más integral, que creo que era lo que nos traía aquí. Creemos que hay que intensificar la coordinación y la planificación de la red de recursos. Debemos poner en diálogo los actuales servicios y superar la tendencia a los recursos estancos que parece que tenemos, para formar una red donde cada uno tiene una misión,

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 12

pero todo debe ir de una manera organizada de trabajo en conjunto. Estoy hablando de recursos sanitarios, de recursos sociales, de recursos psicológicos, y no solo del recurso de la Administración pública, sino también de las entidades privadas como las que estamos aquí. La acogida debe tener un carácter general y generar espacios de confianza. Me explico, si queremos trabajar con personas en situación de exclusión por motivos de adicciones y queremos recuperarlas y que ejerzan como ciudadanos sus derechos y obligaciones, debemos ir donde ellos están. Esto va en contra también de lo que estaba oyendo hablar antes, porque tiene que ver con lo local, con el valor de lo local. Las personas se encuentran en sitios; muchas de estas personas no van a ir a ningún lado; o vamos y nos ponemos a tiro —no sé expresarlo mejor— para que podamos generar algún tipo de vínculo con esas personas, o difícilmente podremos empezar nada con ellas. Asimismo, debemos tener espacios de acogida más abiertos, más transversales, no espacios de acogida para drogodependientes. Las personas, por lo menos con las que trabajamos en Cáritas, tienen que ver con situaciones de pobreza, de vulnerabilidad, de exclusión, y como he dicho al principio, estas realidades están muy mezcladas. De hecho, en nuestros proyectos los perfiles tradicionales se confunden: personas sin hogar, personas en situación de drogodependencia... Lo que necesitamos son espacios abiertos, recursos abiertos donde podamos esperar el momento para poder intervenir con esas personas de una manera adecuada.

Otra cuestión sería la estabilización, la motivación al cambio y la intervención socioterapéutica para estas personas. Ahí sí que son necesarios recursos especializados; recursos especializados que escasean. Lo digo de otra manera, si una persona está en una situación de exclusión por una adicción a drogas, por ejemplo, lo que hay que hacer es controlar esa problemática, pero una vez que está controlada —lo decía antes—, ya está, ya no es necesario nada más específico, sino con carácter general todo lo que las personas necesitan. Pero para controlar esa situación son necesarios recursos específicos que puedan dar la estabilidad necesaria para que se pueda producir el cambio en las personas. Serían necesarios planes de acompañamiento personalizado en el sentido que decía antes; creemos que para esa atención integral no valen los recursos donde hay una oferta —no sé cómo decirlo muy bien— común para todo el mundo sin tener en cuenta las peculiaridades de cada uno. Esto tiene que ver con la idea que decía al principio de la adaptación de las personas a los recursos, cuando las personas fracasan, fracasan las personas, nunca fracasan los recursos. A lo mejor, esto deberíamos de analizarlo porque, claro, ponemos unas cuestiones que tienen que ver con los tiempos de estancia, con los criterios de admisión, con cómo vamos pasando en esa escalera de un lado a otro, que las personas necesitan estar preparadas para dar el salto, muchas acaban abandonando, y además de la etiqueta de drogodependientes, les cargamos el sambenito de fracasada. Nunca fracasan nuestros recursos, y creemos que una de las razones es porque no establecemos esos planes de acompañamiento individual respetando lo que les pasa a cada una de las personas en cada una de sus situaciones.

Y por último, voy a hablar de la prevención —ya que también sé que preocupa lo de los dineros~_. La prevención, que está un poco de capa caída, es el instrumento más eficaz y más barato para tratar el tema de las adicciones y en general para luchar contra la pobreza y la exclusión social. En el tema de la prevención habría tres líneas de actuación. En primer lugar, en el caso de las drogodependencias, la información sobre el riesgo del uso de drogas y las ventajas de los hábitos de vida saludable; en segundo lugar, la formación como herramienta para aprender a discernir y tomar decisiones, y, en tercer lugar, la participación de las personas, ejercida como un derecho y un compromiso con los entornos más próximos.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, pasamos a la segunda comparecencia, de don Juan Jesús Hernández González-Nicolás, en relación con el Plan de salud de Cruz Roja Española. Tiene la palabra.

El señor **RESPONSABLE DEL PLAN DE SALUD DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA** (Hernández González-Nicolás): En primer lugar, quiero agradecer esta invitación en nombre de Cruz Roja Española, y les transmito el agradecimiento también en nombre de mi presidente. Yo también soy nuevo en estas lides, pero al escuchar al compañero de Cáritas, a grandes rasgos, se darán cuenta de que los planteamientos son los mismos, desde enfoques distintos, y las inquietudes que tenemos en relación con este tema son muy parecidas.

Quiero hacer una reseña: agradecemos esta invitación, y con más motivo en esta semana en la que, como saben, mañana se celebra el Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas, auspiciado por Naciones Unidas. El lema elegido este año tiene que ver con parte de lo que les voy a contar, gira en torno a los y las jóvenes y habla de «Ánimate con tu salud y no con las drogas», que como verán tiene relación con lo que voy a intentar transmitirles.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 13

En primer lugar, les voy a presentar los aspectos por los que consideramos que quizá la opinión de Cruz Roja pueda tener algún interés para ustedes. Por un lado, por la magnitud de la actividad que realizamos: como saben, somos una organización de más de 150 años de historia, que actualmente contamos con 200.000 personas voluntarias, con más de un millón de socios, con más de 10.000 trabajadores, y hemos atendido el año pasado a 2.400.000 personas. El área de drogodependencias es uno de los puntos tradicionales de nuestra actividad. De hecho, el año pasado dimos asistencia a casi 30.000 personas en todo el Estado, a las que tenemos que añadir las casi 40.000 que participaron en proyectos de sensibilización y de prevención de consumo de drogas. Probablemente nuestra aportación pueda ser interesante por ser una entidad generalista, que trabaja con distintos sectores de la población, con personas mayores, con infancia, con juventud, con personas en situación de pobreza y exclusión, personas afectadas por la situación de crisis que antes vivían en una situación normalizada y que ahora están iniciando una trayectoria social con más problemas. Esto nos permite ser capaces de detectar nuevas problemáticas y plantear enfoques más transversales.

Por otra parte, podrá tener interés por ser una organización basada en el voluntariado. La implicación de nuestros voluntarios y voluntarias y su compromiso ético es con frecuencia un factor determinante para lograr que personas concretas, en el uso de su libertad individual, puedan recuperar una vida saludable, y en todo caso digna, porque el voluntariado es una pieza clave para nosotros en este abordaje, porque desinstitucionaliza la atención, porque la hace más próxima y cercana a la persona, porque facilita un acompañamiento social muy difícil de seguir a veces desde lo profesional, porque disminuye el aislamiento al construir puentes entre la persona y la comunidad, porque desestigmatiza, y porque nos ofrece múltiples posibilidades de que personas afectadas establezcan vínculos con referentes normalizados. Por lo tanto, para nosotros el voluntariado es clave, pero lógicamente un voluntariado formado y seleccionado en procesos que garanticen la idoneidad de la persona voluntaria en cada proyecto. Y finalmente, puede tener interés por nuestra trayectoria en el ámbito de las drogodependencias. Desde hace unos años pusimos en marcha el Plan de salud, que lo que buscaba era desarrollar la línea de acción de promoción de la salud, y actualmente aquí se engloba nuestro programa de drogodependencias.

Como saben, la historia de Cruz Roja en este ámbito tiene una larga evolución. Ya a finales de los setenta existían embriones de lo que sería el programa. El programa se elaboró en 1986, muy a la par que el nacimiento del Plan Nacional sobre Drogas, aunque anteriormente ya existían centros dirigidos fundamentalmente a tratar y prevenir problemas de alcohol, y fueron los precursores de los posteriores centros de tratamiento. En todo el panorama asistencial, los primeros programas estaban muy centrados en el consumo de heroína, como saben; estaban dirigidos a la abstinencia; eran muy restrictivos en cuanto al acceso a otras modalidades terapéuticas, y tenían una única meta, que era una vida libre de drogas. Bien, en esas primeras épocas Cruz Roja fue pionera en la apertura de centros, en el inicio de tratamiento con sustitutivos opiáceos y en la creación de dispositivos basados en la reducción del daño. Cuando era difícil que otras organizaciones se embarcasen en estos proyectos, Cruz Roja dio un paso al frente. En todos estos años hemos realizado asistencia en muchos puntos de España. Es cierto que según ha ido creciendo la red asistencial pública hemos ido reduciendo nuestra actividad. Aun así, seguimos manteniendo esta red asistencial donde se nos requiere para ello, cumpliendo con esta función propia de Cruz Roja de llegar donde la Administración no puede. Como organización tenemos claro que, aun manteniendo esa asistencia donde sea necesario, nos tenemos que orientar a la prevención y a la promoción de la salud. Nuestra visión de las drogodependencias no se aleja de la de la Organización Mundial de la Salud o de la del Plan Nacional sobre Drogas, considerando la drogodependencia como una enfermedad crónica y, a los afectados, enfermos. Además tenemos presente que esa adicción se convierte en un factor de vulnerabilidad para la persona que la padece, aumentando el riesgo de exclusión que ya presente por otros factores. Nuestra forma de entender la asistencia a estas personas incluye, entre otras cosas, la necesidad de contar con un enfoque terapéutico biopsicosocial, pero también tener la flexibilidad suficiente para individualizar el tratamiento y adaptar los objetivos terapéuticos a la realidad y a las expectativas de cada persona, respetando siempre sus decisiones y su libertad individual. En la medida en que podemos intentamos intervenir de forma integral, e incluso llevamos muchos años trabajando con un modelo en el que incluimos la figura del profesional de referencia para que, tanto de cara a los distintos miembros del equipo como de cara al enfermo o de otras entidades u otros servicios, ese profesional de referencia pueda ser un elemento facilitador y aglutinador del proceso. Consideramos que es necesario, como en el resto de procesos de salud, trabajar con calidad, pero también es importante, sobre todo con personas que padecen esta patología que puede golpear todas las áreas de su vida, no solamente hacerlo con calidad sino además hacerlo con calidez.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 14

Como les decía, desde hace unos años nos estamos orientando progresivamente a la prevención. Todos los proyectos que llevamos a cabo en relación con la prevención del consumo de drogas parten de la premisa de que el consumo de drogas es un problema y de que para conseguir evitar esos consumos es muy importante transmitir, por una parte, una información veraz sobre los efectos y los riesgos asociados al consumo; pero por otra, igual de importante, trabajar en la capacitación de la población adolescente y joven en la toma autónoma de decisiones, en la capacidad para decidir con libertad y con la información adecuada, y en aprender a controlar y superar la presión del grupo, si existe.

Cruz Roja cuenta con una sección juvenil que tiene como prioridad la promoción de hábitos saludables entre sus iguales y la prevención del consumo de drogas. Este campo preventivo abarca muchas acciones: por un lado, entramos en aulas con proyectos orientados a población muy joven —les destaco que actualmente tenemos incluso proyectos dirigidos a niños y niñas entre diez y catorce años—, pero también intentamos estar presentes en lugares de ocio nocturno tanto para informar como para sensibilizar, para tratar de aumentar la percepción de riesgo y, si es posible, incidir en la modificación de conductas; intervenimos también en espacios de educación no formal cuando así nos lo demandan; y por supuesto, también somos conscientes de que es necesaria una intervención de este tipo en áreas de alto riesgo de exclusión social, donde también ahora empezamos a estar presentes. Pero estamos actualmente inmersos en una transformación en nuestra forma de trabajo que nos va a exigir un cambio de mentalidad: la proximidad, la flexibilidad, la disponibilidad para realizar intervención comunitaria fuera de los despachos y centros, y el cambio de enfoque desde un planteamiento asistencial hacia uno más preventivo, son algunas exigencias de este cambio de modelo. El reto de nuestro lema de estar cada vez más cerca de las personas supone que Cruz Roja apuesta por salir de los centros, por acercarse a la población, por abrir las puertas de nuestras sedes a espacios de participación ciudadana, y ejercer el acompañamiento facilitando la derivación a los recursos adecuados en cada caso. A la ya tradicional línea de prevención para infancia y juventud vamos añadiendo la prevención orientada a toda la población en general aprovechando recursos que hasta ahora se habían centrado exclusivamente en la asistencia y el tratamiento. En la era de las nuevas tecnologías, no tenerlas en cuenta para la intervención es casi imposible, y estamos intentando aprovechar su potencial para trabajar en prevención, porque las redes sociales facilitan el acercamiento a un mayor número de personas de forma más eficaz.

Por lo tanto, como ven, no solamente llevamos un recorrido de muchos años, sino que seguimos en constante adaptación, pero a día de hoy existen muchas realidades que nos preocupan. Todos recordamos el momento en el que la drogodependencia se disputaba el primer lugar entre las primeras preocupaciones de la sociedad de nuestro país, esa percepción social ha cambiado. Parece que, aunque se sigue percibiendo como un problema grave cuando invade el entorno familiar o más cercano, la comunidad en su conjunto ya no se siente tan amenazada por las consecuencias de las toxicomanías, y eso nos preocupa. Como también decían anteriormente, nos preocupa el consumo de sustancias entre la población joven. A los datos que nos presentan las grandes encuestas, como la Estudes o la Edades, Cruz Roja añade una pequeña revisión recogida en el último boletín sobre vulnerabilidad social que hemos publicado en el mes de abril de este año. Dicho boletín tenía como objetivo analizar la situación en conjunto de la juventud vulnerable que atendemos, pero una pequeña sección de dicho boletín intentaba analizar el consumo de sustancias entre esta población. Se realizaron encuestas a 1.028 jóvenes que participaron en estos programas y estaban en situación de vulnerabilidad social en el verano de 2012. En esta encuesta se refleja que el consumo de sustancias se produce en muchas ocasiones como manifestación, como síntoma o como consecuencia de otros problemas y variables sociales —desestructuración familiar, pobreza, ausencia de patrones sociales positivos, falta de diálogo, carencias afectivas, falta de oportunidades—, aunque también puede asociarse a conductas recreativas en el grupo de pares que están socialmente más aceptadas o toleradas. El 73% de la población juvenil atendida por Cruz Roja reconoce haber tomado alcohol alguna vez, habiendo realizado el primer consumo a una edad media de los quince años. Son porcentajes similares a los recogidos en la encuesta de población escolar, aunque hay que reconocer que las edades evaluadas por las dos encuestas no son exactamente idénticas, porque en estudios se analizan respuestas de jóvenes entre catorce y dieciocho y nuestra muestra abarca hasta los veinticuatro.

De todas formas, consideramos que este dato aislado no es la más importante conclusión de esta revisión que hemos hecho. Es destacable en los datos que el consumo es un problema importante para la población que atendemos. Los consumos de alcohol presentan resultados algo más bajos si los comparamos con población general, pero cannabis o estimulantes son más elevados. El porcentaje de

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 15

jóvenes consumidores no es excesivamente alto, pero sí su intensidad en el consumo. De hecho, es importante también que en torno a un 33% de las personas consumidoras consumen más de una sustancia, es decir, realizan policonsumos. Sin embargo, lo que más nos ha impactado es que la gran mayoría de los jóvenes que reconocen estos consumos, sobre todo consumos de alcohol, está convencida de que puede parar de beber en cualquier momento, que podría atender sus obligaciones tras consumir y, por supuesto, no presenta ningún remordimiento, por decirlo de alguna forma, tras beber. Es decir, hay una falta de conciencia de riesgo que es muy destacable, sobre todo porque podemos incidir en ella, con programas de prevención y de sensibilización.

Si seguimos el hilo de nuestros boletines de vulnerabilidad también estamos preocupados por el impacto de la crisis en las personas que atendemos. En este sentido tenemos que destacar que el daño que puede producir el consumo de sustancias en cualquier persona se va a ver amplificado cuando la situación social, económica y cultural es peor, y actúa como un factor de riesgo añadido a su posible exclusión. Así, los propios efectos de las sustancias, sus implicaciones biológicas, anatómicas, clínicas, su capacidad de generar adicción se unen a las características individuales de la persona que consume, a los condicionantes de género, a las condiciones en que lo hace y a la situación social y económica en que vive. Además la crisis se ha dejado notar por el cierre de recursos, y por la desaparición de entidades que existían antes y que en la coyuntura actual han desaparecido por falta de fondos. En nuestro caso ha supuesto una reducción presupuestaria global que varía entre el 5% y el 30%, según comunidades autónomas. En la mayoría de los casos no nos hemos visto obligados a cerrar dispositivos, aunque hemos tenido que cerrar alguno, pero como en la gran mayoría de otras áreas de intervención sanitaria y social hemos tenido que asumir cierta sobrecarga asistencial y cierta sobrecarga de los propios equipos.

En este escenario las ONG deben, en la medida de lo posible, seguir proporcionando a la sociedad los proyectos y recursos necesarios tanto para atender a las personas afectadas como para generar estrategias preventivas y complementar aquellas que sigan siendo gestionadas por la Administración pública; o buscando financiaciones alternativas en los casos en que sea necesario, sin olvidar en ningún momento que la crisis golpea más a los más vulnerables, por lo que tenemos que insistir en el mantenimiento de las opciones de atención adecuada, pública y gratuita, para toda la población afectada. También debemos poner de manifiesto las necesidades de poblaciones especialmente vulnerables que precisan una intervención específica para dar una mejor respuesta a su situación. Por ponerles un ejemplo: pacientes drogodependientes mayores de cincuenta y cinco años, sin recursos, con patologías crónicas orgánicas o con patología dual, y que muchas veces por sus características no tienen cabida en los recursos existentes para población más joven ni pueden iniciar procesos de reinserción orientados a la incorporación al mundo laboral; o por otro lado, la realidad de consumidores en situación irregular en nuestro país que presentan dificultades para ser atendidos de su drogodependencia por su situación legal.

Debemos reconocer que en todos estos años se han conseguido grandes logros, como la destacada disminución del consumo de heroína y sus problemas asociados, los recientes descensos —parece— de consumo de cocaína, pero aun así el problema del consumo de drogas continúa siendo muy importante ya que afecta a muchas personas, a sus familias y al conjunto de la sociedad. A pesar de ello, ha desaparecido de las encuestas de opinión como preocupación mayoritaria de los españoles, y eso significa que en muchos casos no se valora en su dimensión ni se mide suficientemente el riesgo que conlleva. Para Cruz Roja, como ya les he comentado, los problemas derivados del consumo de drogas son un problema sanitario, pero también social y como problema sociosanitario hay que seguir abordándolo. Consideramos que lo más adecuado en el futuro sería contar con una asistencia integral e integrada en una red normalizada, de acuerdo con las consideraciones que se puedan incluir en esta integración, en red especializada de salud mental, en atención primaria, pero evitando en la medida de lo posible la asistencia en redes paralelas que dificultan el seguimiento de la persona y la coordinación entre áreas. Es imprescindible trabajar en prevención, aunque seamos conscientes de que tenemos que tener la capacidad de medir el impacto que tienen estas iniciativas y tenemos que colaborar con la creación de un banco de buenas prácticas preventivas basadas en la evidencia científica, para que podamos optimizar los limitados recursos disponibles de la mejor forma posible. Mantenemos que es necesario el trabajo en prevención desde la familia, pero también desde la escuela, trabajando —como les decía— las habilidades personales para la capacitación en toma de decisiones, sin olvidar la intervención de otros agentes socioeducativos del ámbito no formal, los agentes de iguales como promotores de salud, los propios profesionales sanitarios, los medios de comunicación, y sigue siendo importante la sensibilización para prevenir accidentes de tráfico ocurridos bajo los efectos del consumo de alcohol y otras drogas. Sabemos que la

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 16

experiencia y el potencial de las entidades sociales las convierten en un actor importante en este escenario, que necesitan apoyo para su trabajo, y también necesitan su reconocimiento en su papel como interlocutor, y por eso les agradecemos habernos convocado a esta comparecencia.

Por último y para terminar, les transmito que desde el movimiento internacional de Cruz Roja y de la Media Luna Roja se considera que el mayor o menor acceso a la asistencia sanitaria, a los servicios sociales y al asesoramiento jurídico es un indicador clave del grado de vulnerabilidad de una persona o colectivo. Quienes carecen de ese acceso son especialmente susceptibles a los riesgos de exclusión. Por eso tenemos que continuar alerta para seguir manteniendo el nivel de asistencia a los pacientes drogodependientes que tantos años nos ha costado conseguir.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación es el turno de los parlamentarios, de sus portavoces. En primer lugar tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Mixto, el señor Martínez Oblanca.

El señor **MARTÍNEZ OBLANCA**: Quiero agradecer al señor Cristóbal Rincón y al señor Hernández González-Nicolás su presencia y su comparecencia en ante esta Comisión. Representan ambos a dos instituciones clave en España, como son Cáritas y Cruz Roja respectivamente, y su visión a pie de obra en su relación con las personas en exclusión o en trance de exclusión.

Se sorprendería a sí mismo el señor Cristóbal si supiera que esa sensación rara que manifestó ahí la tenemos siempre los de esta parte. Le tranquilizo en ese sentido porque somos algunos de nosotros los que siempre, siempre descubrimos en ustedes, los comparecientes, grandes valores, no solamente personales sino también de las instituciones que representan. Por eso les agradecemos especialmente su esfuerzo por estar aquí con nosotros en la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas. De las palabras del señor Cristóbal Rincón me ha llamado la atención el enorme esfuerzo de Cáritas para tratar de recuperar el ejercicio pleno de ciudadanía para esas 6.000 personas o más en riesgo creciente de drogadicción que están atendiendo. Tomamos nota de esa llamada de atención sobre diversificación de recursos, escasez de medios, necesidad de intervenir de forma diferente con cada persona. Yo le pediría a usted, que es una persona muy implicada y reconocida en el denominado tercer sector, que nos dijese en qué medida está afectando la crisis económica y social en el orden de prioridades en una organización como Cáritas. Está claro que ante la aparición de nuevos problemas, como es el aumento de desnutrición en escolares, por ejemplo, en menores, los recursos van a tener que derivarse, y en ese sentido le pregunto en qué grado se están resintiendo la prevención y la formación como secuela de la crisis.

Respecto a la intervención del señor Hernández González-Nicolás de Cruz Roja, me agrada muy especialmente su presencia ante esta Comisión, porque al fin y al cabo yo soy de la casa; soy trabajador, fui enfermero allá en el Hospital de la Cruz Roja de Gijón, y por lo tanto, como decimos en Asturias, me presta ver a gente de Cruz Roja en esta Comisión. Uno se alegra, por supuesto, de ver cómo Cruz Roja cuida la cantera, y en ese sentido le pido que nos amplíe, si cabe, el perfil que tiene Cruz Roja de sus voluntarios, qué tipo de personas son los que se brindan a colaborar en los programas antidroga, si son jóvenes o veteranos, si tienen formación previa, o hay que trabajar con ellos desde cero, cómo fomenta Cruz Roja Española ese objetivo de calidad y calidez.

Gracias a ambos por su comparecencia y ánimo a sus instituciones para bregar en estos momentos tan complicados en la vida de tantísimas personas cada vez más y más vulnerables.

El señor **PRESIDENTE**: A continuación tiene la palabra, por el Grupo Parlamentario Socialista, la señora Fernández Moya.

La señora **FERNÁNDEZ MOYA**: En primer lugar, quiero darle la bienvenida a la Comisión aquí en el Congreso a los dos comparecientes, y agradecerles su tiempo, no solamente el que han dedicado para contarnos aquí su experiencia, sus preocupaciones y sus especiales sensibilidades, sino también la labor que hacen en el día a día ambas instituciones, Cruz Roja y Cáritas. Estas comparecencias logran sensibilizarnos y, sobre todo, despertar nuestras conciencias y nuestras responsabilidades, si no están ya despiertas, que deberían. Al menos estos son los efectos que producen en mí cuando escucho estas vivencias. Hace muchos años que tuve la ocasión de conocer, sobre todo a Cruz Roja, en mi provincia —soy de Almería—, y participé en actividades de formación en la provincia. Desde mi puesto actual como diputada estoy teniendo bastante contacto con todas las ONG que participan allí en nuestra provincia y en otras a nivel nacional. Ahora su trabajo es especialmente importante porque son más las personas

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 17

desprotegidas, más las personas que son vulnerables. Yo destacaría, y además creo que es común con los dos comparecientes, el enfoque integral o el enfoque que debemos dar de atención integral como personas. Si tenemos en cuenta —esto ya se decía hace muchos años— los determinantes de la salud, sabemos que una persona no solo tiene un problema de drogodependencia, sino que determinado por muchas otras causas —por que no tenga empleo, por que no tenga hogar, que no tenga un apoyo familiar, que no tenga una alimentación adecuada—, todo esto va a repercutir en su salud a nivel biopsicosocial, no solamente en la salud física que nos dedicamos a atender sino también en su atención psicológica y su atención social.

No puede verse, por tanto, de una forma independiente, y me preocupaba mucho cuando comentaba la forma en que se ven obligados a encasillar o a clasificar a los pacientes en casillas según la patología que se detecta; tiene que ser responsabilidad de todos y de todas, pero sobre todo de los que tienen que tomar las decisiones políticas en salud pública o en la asistencia sanitaria. El papel de los servicios de salud tiene que estar en coordinación con todos los demás servicios —ONG, servicios comunitarios— de forma que la atención se pueda garantizar de una forma normalizada, dentro del sistema normalizado, para que la atención integral sea siempre, siempre la que se preste. No puede ser que haya redes paralelas, y sé que cuando menos recursos hay o cuando hay más problemas es cuando más se necesitan; no quiero decir que se infravalore su trabajo, al revés, lo conozco muchísimo, pero tendríamos que intentar que se normalice la atención para estas personas, para verlas como personas, como una persona con dignidad a la que se le hace un abordaje en condiciones de todos sus problemas.

Me gusta destacar además —lo han hecho los dos comparecientes— las actividades de promoción y de prevención de la salud, y coincido con ustedes en que están ahora de capa caída, como ha dicho el compareciente. Cuando hay situaciones de crisis son aún más importantes las actividades de promoción y de prevención de la salud. En cuanto a si nos preocupa el tema económico, si nos preocupan los resultados económicos, es más eficiente también si se hacen actividades de prevención y de promoción de la salud. La solución que proponemos es que haya salud en todas las políticas; que cuando se hace un real decreto, cuando se hace una ley se piense que, aunque sea de empleo, aunque sea en relación con la Ley de Dependencia, sea el decreto que sea va a tener una repercusión en la salud de la población. Pues que se valore, que se valore el decreto de copago, por ejemplo, los resultados que ha tenido en la salud, que se valoren los problemas que hay en la alimentación y cómo repercute la reducción de los recursos que tienen las familias para hacer una alimentación saludable; que se tenga en cuenta la repercusión de la salud en todas las políticas. Y también quiero destacar el valor de lo local. Aquí en la Comisión se ha destacado con una PNL que se debatió con anterioridad la importancia de tener recursos cercanos; recursos cercanos a nivel de ONG pero también a nivel de las entidades locales que colaboran. ¿Lo ideal? Todos en coordinación —que también lo destacaban ustedes— para ser más eficientes, y para ver a la persona con total dignidad.

Les voy a preguntar, para terminar, algunas cosas. Aunque han comentado cómo está afectando la situación actual a los programas de salud en general y a la relación en drogodependencia, me quería centrar en cómo afectan los recortes, no los suyos de los presupuestos que tengan sino cómo han afectado otros recortes en otros servicios que les pueden derivar tarea a ustedes. —No sé si me explico— ¿Creen que en la actividad de promoción de la salud en general, en concreto en prevención de VIH, que es un tema que me preocupa mucho, se están bajando las alertas? Sobre todo en jóvenes que bajo los efectos del alcohol tengan relaciones sexuales sin protección o con otras prácticas de riesgo. ¿Qué alternativas plantearían o plantean, están desarrollando ya —a lo mejor yo lo desconozco— como opciones más saludables? No me refiero solo a que informen en los botellones o informen por la noche en los centros de ocio de qué riesgos tiene, sino qué podría hacerse que fuera más aceptado por los jóvenes para que fuera una opción de verdad, como una opción más saludable. En relación con las nuevas sustancias o nuevas adicciones, ¿están notándolo en sus organizaciones? ¿Están percibiendo cómo les afecta o cómo les está repercutiendo a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular en los centros en los que no tienen asistencia?

El señor **PRESIDENTE**: A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular hay dos intervinientes; en primer lugar, tiene la palabra la señora Salmón Saiz.

La señora **SALMÓN SAIZ**: Es un honor para nosotros, el Grupo Popular, tener hoy estos representantes aquí y estas instituciones tan queridas, apreciadas y respetadas por todos los ciudadanos, no puede ser de otra manera.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 18

Me hubiera gustado conocer —voy a dirigirme a Cristóbal, de Cáritas, y luego mi compañera Belén lo hará a Cruz Roja— la intervención, porque así hubiera sido más concreta; siempre conociendo se aprovechan mucho más las intervenciones de las personas de los grupos; Cáritas y Cruz Roja, son instituciones sobre las que hay mucho que hablar y decir. En este momento nos vamos a centrar en las drogas: la labor de Cáritas es amplia y muy diversificada a favor de los colectivos más vulnerables, llegando en muchas ocasiones donde los demás no llegan. La convivencia entre las administraciones y las organizaciones como Cáritas y Cruz Roja, que tenemos aquí, es imprescindible para lograr que las personas que lo requieran sean bien atendidas. Digo esto porque en ocasiones oímos que parece que el Estado llega a todo y que estas organizaciones tienen una razón de ser donde no llega el Estado, o que puede ser suplido por el Estado. Pero eso nunca, creo que tienen que convivir. He trabajado en los servicios sociales de un ayuntamiento, conozco un poco la problemática, y sé que instituciones como las que están hoy aquí, cuando el Estado se hace cargo de situaciones, ellos se dedican a otras cosas, porque las necesidades son tantas y tantas que hay trabajo para todos. Además de actividades dirigidas a la acogida, atención primaria y atención de base, con más de 5.000 equipos de voluntarios y voluntarias, probablemente constituye la red de ayuda más extensa y cercana de apoyo para las personas en situación de exclusión. Esto ya nos lo has dicho, pero lo voy a repetir: son unas 280.000 personas atendidas; la asistencia a enfermos de VIH y sida, la atención a personas mayores, a personas discapacitadas, a reclusos, a juventud, a exclusión —no voy a seguir—, desde Cáritas se trabaja con un colectivo en el que se hace especial énfasis, la prevención de la drogodependencia, así como la rehabilitación y la inserción de las víctimas de esta lacra social que conduce a la desigualdad y a la exclusión social. En este sentido, realiza su trabajo en el complejo mundo de las drogas desde un enfoque humano orientado al respeto a las personas. Los distintos recursos de Cáritas desarrollan planes de trabajo centrados en diversas áreas, que voy a nombrar muy someramente: el área personal, el área relacional, la sociosanitaria, prelaboral y formativa, y el área sociojurídica. No debemos olvidar nunca el voluntariado, que siempre está presente en todas las áreas.

La prevención de las drogodependencias. Voy a hacer un breve recorrido en el tiempo para ver la evolución en el consumo de las drogas, y si evolucionan las sustancias tienen que evolucionar la prevención, los tratamientos y las formas de inclusión de las personas afectadas. En el año 1981 Cáritas Española publicó un estudio, *La población española ante las drogas*, en el que destacaba como gran conclusión que el tabaco era la droga legal de mayor uso en nuestro país, seguido del alcohol y los analgésicos comunes. Luego viene toda la encuesta en la que, por sustancias, se dan los tantos por ciento de consumo, pero tampoco voy a entrar en eso porque también es conocido. La situación actual ha cambiado radicalmente. El consumo de alcohol y tabaco van asociados al consumo de otras sustancias, y en cuanto a las motivaciones, la diversión es la principal. La aparición cada día de nuevas drogas sintéticas, el mercado globalizado que proporciona la red y el negocio negro que hay detrás impregnan el panorama actual del consumo de drogas, y por lo tanto de los mecanismos de prevención de nuevos tintes, que requieren nuevas fórmulas de intervención. Sin embargo, según datos de la última encuesta domiciliaria de consumo de drogas, este ha descendido en nuestro país. Voy a citar dos o tres encuestas en el periodo de estos años, solamente tocarlo, para no alargarme, y luego voy a hacer algunas preguntas. En la presentación de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas 2011-2012, el ministerio subrayó su compromiso de redactar una nueva normativa para prevenir el consumo de alcohol en menores, y anunció el desarrollo de estrategias preventivas a través de las redes sociales en este mismo año. El consumo de tabaco se sitúa en un nivel más bajo desde que se hicieron este tipo de encuestas. La encuesta domiciliaria sobre alcohol y otras drogas, Edades 2011-2012, forma parte de los estudios periódicos que desde 1995 realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con el fin de conocer la evolución del consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país. Como novedades, en la presente edición se ha introducido un módulo sobre drogas emergentes y se ha ampliado a veintiuno el total de drogas incluidas en el cuestionario. Los datos demuestran que las drogas de mayor consumo son el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. La proporción de personas que consumen hipnosedantes supera por primera vez a las que consumen cannabis. La población en general muestra mayor interés en recibir información a través de Internet, charlas y de los profesionales sanitarios. La percepción de la sociedad es, pues, que la forma de solucionar este problema de consumo pasa por medidas formativas, tratamiento de la adicción, control policial y restricción legal. **(El señor vicepresidente, Antón Rodrigo, ocupa la Presidencia).**

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 19

En la actualidad el consumo de sustancias ilegales en España es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas cuyo riesgo no perciben en igual medida que los adultos. Según la agencia sobre drogas de la UE (OEDT) y Europol, ha habido hasta 73 nuevas sustancias psicoactivas no reguladas ni controladas que fueron notificadas oficialmente por primera vez en 2012, quedando patente que el número, el tipo y la disponibilidad de nuevas drogas en Europa siguen aumentando. Por otro lado, el fenómeno de Internet también ha supuesto un cambio importante. Hasta hace unos años la mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas dentro del panorama europeo de los estupefacientes se producía en laboratorios subterráneos o provenía de la sustracción de medicamentos y de la venta directa en el mercado de drogas ilícitas. Si bien esto sigue ocurriendo, la aparición de un negocio de euforizantes legales próspero en Internet, en tiendas especializadas en áreas urbanas, ha supuesto un cambio fundamental en el mercado de las drogas, ya que se basa en la falta de regulación y control para la venta de estas nuevas sustancias que imitan a las drogas. El fenómeno de las drogas está ahora reconocido como un problema de ámbito mundial y un mercado globalizado, lo que hace que sea especialmente difícil de controlar y de vigilar. El crimen organizado está involucrado en la producción de nuevos fármacos, un comercio en rápido desarrollo y expansión con bajo riesgo y altos beneficios.

Voy a hacer unas preguntas que parecen obvias, pero los que tenéis la suerte —entre comillas— de trabajar codo a codo con estas personas tan vulnerables, creo que lo podéis ver desde otra perspectiva más cercana y más real que los que estamos un poco separados de ello. En primer lugar, el entorno familiar es vital para que los jóvenes no caigan en adicciones nocivas. ¿Cuál es el papel de las familias y del resto de redes socioeducativas en la prevención? ¿Cuál es el papel de las nuevas redes sociales en materia de prevención, según su opinión, ya que son el nuevo referente de la juventud española según los últimos estudios? En segundo lugar, ¿hay que hablar de drogas para evitar consumo? En tercer lugar, ¿influyen los valores de una sociedad sobre los consumos de su población? En cuarto lugar, ¿es necesario aprender a convivir con las drogas? ¿Se están dando respuestas suficientes en materia de prevención? ¿Considera que sería necesario, además de la prevención, incrementar los esfuerzos en el control policial de los focos de venta y consumo?

El señor **VICEPRESIDENTE** (Antón Rodrigo): También por el Grupo Popular, tiene la palabra la señora Hoyó Julià.

La señora **HOYO JULIÀ**: En primer lugar, quiero agradecerles que estén aquí y agradecerles sus intervenciones que, para ser la primera vez, la verdad es que han sido muy buenas y sobre todo muy claras, y se lo agradecemos. Para nosotros las comparecencias son siempre importantes, porque estamos aquí para legislar, pero difícilmente podemos legislar bien sin conocer la realidad, por eso os agradecemos mucho que estéis aquí, vuestras intervenciones, porque vosotros conocéis la realidad de las drogodependencias de primera mano y a nivel profesional puesto que los dos representáis a asociaciones, a entidades muy importantes en nuestro país.

Como ya he dicho, voy a interpelar al señor Hernández sobre la labor de Cruz Roja Española, aunque la verdad es que muchas de las cosas que voy a decir son aplicables también a Cáritas, porque, como bien he dicho, son dos organizaciones muy, muy importantes. Sobre Cruz Roja Española se puede afirmar que los resultados de sus actuaciones y de sus acciones son todo un éxito. Y en mi opinión son todo un éxito gracias a muchos factores, a una combinación de factores tales como los voluntarios —ya lo ha afirmado el señor Hernández en su intervención—, que son una pieza clave en vuestra organización, más de 200.000; también a los socios, más de un millón de socios; pero también hay otros factores, como pueden ser los principios que os guían, que son la humanidad, la imparcialidad, la neutralidad, la independencia, el carácter voluntario, la unidad y la universalidad, y vuestro buen hacer a nivel organizativo. La verdad es que abarcáis distintos ámbitos, y a todos llegáis muy bien; especialmente os dedicáis a las personas, a estar cerca de las personas, de todas las personas, pero muy especialmente de las personas más desfavorecidas y de los colectivos más vulnerables, pero también hacéis una muy buena labor en la defensa de los derechos humanos, en la defensa del medio ambiente, en la defensa de las minorías étnicas, y también en la cooperación internacional. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)** Pero especialmente en el tema que tratamos en esta Comisión, en el tema de las drogodependencias, hacéis día a día una gran labor; la verdad es que hay que resaltar esa cifra de más de 30.000 personas que atendisteis el año pasado, y hacéis actuación en distintos niveles: atendéis a personas tanto en los centros ambulatorios como en los centros de emergencia social y de acogida inmediata, en los pisos de reinserción

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 20

para drogodependientes, en los centros de actividades para la socialización; en los programas hacéis programas también de acercamiento a drogodependientes, programas de reducción de daños, atención a menores drogodependientes, atención a personas con problemas de alcoholismo, atención también a sus familias, y atención a drogodependientes tanto en instituciones penitenciarias como en juzgados y comisarías. Esto es solo el resumen de lo que hacéis, pero hacéis una gran labor y desde aquí quiero hacer un reconocimiento a esa labor. Y permíteme que especialmente haga un reconocimiento también a Cruz Roja Juventud; yo, antes de estar aquí estaba en mi comunidad en la Dirección General de Juventud, y allí pude conocer todo lo que trabaja, todas las campañas que hace Cruz Roja Juventud, y sobre todo con los menores drogodependientes, y quería aprovechar esta intervención para hacerles un reconocimiento especial porque me consta, conozco de primera mano lo que hace Cruz Roja Juventud en mi comunidad valenciana, pero me consta que hace una gran labor también en el resto de España.

Ha dicho usted que el problema de las drogodependencias es un problema sociosanitario y que no afecta solo a la persona que directamente sufre el problema, sino que también afecta al resto de la sociedad; afecta a sus familias pero también afecta a toda la sociedad española. Por eso es muy importante que toda la sociedad, que todos luchemos juntos para intentar solucionar este problema. Nosotros desde aquí, desde el Parlamento, lo hacemos; ustedes han estado en toda la sesión y han podido ver cómo las dos iniciativas que hemos debatido hoy se han aprobado por consenso, por unanimidad, esa es la tónica en las iniciativas normalmente en esta Comisión porque todos los grupos estamos comprometidos en la lucha contra este problema y por tanto creemos que es muy importantes el consenso. Pero igual que es muy importante el consenso en este sentido, es muy importante la coordinación, la coordinación de todos los actores que trabajan en este ámbito, que no son pocos, como ustedes saben: desde la Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas hasta el resto de ministerios, porque el tema de las drogodependencias es muy transversal y no solo se trabaja desde el Ministerio de Sanidad, sino que también se trabaja desde otros ministerios, como por ejemplo el Ministerio del Interior, a través de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que también hacen una labor muy importante para prevenir las drogodependencias. También se trabaja desde otros ámbitos de la Administración como pueden ser las comunidades autónomas y las ciudades autónomas, y también desde los ayuntamientos. Antes hemos debatido una proposición no de ley relativa a la acción, a esos planes locales contra las drogodependencias que se realizan en muchos ayuntamientos. Y por supuesto, cómo no, unos actores importantísimos son ustedes, son el resto de ONG que trabajan en este sentido o el resto de instituciones. Desde luego, la lucha integral no podría ser posible sin la suma de todos los actores. No sobra nadie; al revés, todos son importantes y es muy importante esa coordinación entre todos, en mi opinión es fundamental. Uno de los principios estratégicos del Plan de acción sobre drogas es la coordinación con liderazgo participativo. Y es muy importante no solo la coordinación entre los actores, sino también la coordinación entre las acciones, para que el avance en cada una de ellas pueda repercutir en otras acciones relacionadas.

No quiero alargarme más, pero sí quería formularle unas preguntas. Cabe destacar en el Plan nacional sobre drogas tres objetivos fundamentales, como son la mejora de la prevención del consumo, el abordaje sociosanitario integral y la rehabilitación de las adicciones. Yo quería preguntarle, señor Hernández, en qué medida cree usted que puede estrecharse la colaboración entre la Administración y Cruz Roja para alcanzar dichos objetivos. También es muy importante —lo ha dicho también usted— evitar y reducir el consumo de alcohol en los menores de 18 años. Esto es muy importante porque los menores que sufren el problema de la drogodependencia no es solo que puedan sentirse marginados en un determinado momento, sino que llevan acarreados más problemas. Muchos de los casos de fracaso escolar son debidos a estas drogodependencias. Yo quería pedirle que profundizara un poco más en las acciones de Cruz Roja en este ámbito. Y por último también quiero destacar —lo han hecho otros compañeros míos— el papel de las nuevas tecnologías y las redes sociales, que hemos podido comprobar que se están convirtiendo en un nuevo foco de adicciones. Quería que nos especificara qué acciones concretas tiene previsto Cruz Roja realizar en este sentido.

El señor **PRESIDENTE**: Para terminar, tienen la palabra los dos comparecientes. En primer lugar, el señor Rincón, de Cáritas.

El señor **COORDINADOR DEL EQUIPO DE INCLUSIÓN, ÁREA DE DESARROLLO SOCIAL E INSTITUCIONAL, DE CÁRITAS** (Cristóbal Rincón): Me lo habéis puesto muy difícil, porque habéis preguntado un montón de cosas. No sé si voy a ser capaz de responder. **(Risas.)** Pero yo voy a intentar responder, por lo menos a lo que he cogido, que no sé si lo he cogido todo.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 21

En primer lugar, quiero agradecer las palabras, que han sido amables, muy amables vuestras palabras respecto a mi institución, creo que también a la del compañero; esto también nos ayuda a seguir. Que se reconozca que estamos ahí es importante no para Cáritas o para Cruz Roja, sino para el sector, un sector que —luego diré algo—, igual que la prevención, está un poco de capa caída, porque estamos como estamos y los recortes —enlazando con alguna pregunta que habéis hecho— están afectando de forma muy directa a organizaciones que trabajan no solo en el ámbito de las drogodependencias, sino en otros ámbitos relacionados con la pobreza y la exclusión, y halaga que las palabras sean amables; las recojo, pero no como Cáritas, sino como todo el sector.

También me alegra compartir con el compañero la sensación de extrañeza al enfrentarse aquí; cada vez somos menos, no sé si esto es una cosa habitual o no. También me provoca, además de extrañeza —bueno, me voy a guardar los sentimientos que me provoca—, cierta perplejidad: somos muy poquitos, yo esperaba más gente. Y no sé valorar si es bueno o malo, pero sí que es verdad que me alegra oír que no soy el único que se siente extraño, que hay más gente, que ustedes, por hacer comparación, también se sienten extraños. Esto me alegra.

Algunas puntualizaciones sobre las cosas que habéis dicho. Cáritas trabaja con personas en situación de pobreza y exclusión, y eso reduce considerablemente la óptica; no trabajamos con todas las personas que consumen drogas o que están en una situación de adicción, nuestra opción preferencial tiene que ver con las personas en situación de pobreza y exclusión, con lo cual el perfil de personas que nos llegan es muy determinado, y esto hay que tenerlo en cuenta.

En la forma en que intentamos trabajar con estas personas —enlazo algunas preguntas, no sé si con mucho orden—, hay tres cuestiones clave. Una tiene que ver con elementos que tienen que ver con la estructura (si tiene casa o no tiene casa, si tiene empleo o no tiene empleo, si tiene rentas económicas o no las tiene), lo que se puede tocar, y hay que trabajar por ahí; de alguna manera eso es lo que hay que garantizar para que la gente pueda progresar, lo estructural. Lo que las personas necesitamos para vivir tiene que estar medianamente garantizado. Otra cuestión tiene que ver con los elementos de contexto, donde la familia, las redes familiares, las redes sociales, las redes de vecindad (las redes sociales, no en el sentido de Internet, sino de personas) cobran un papel fundamental: a mayor escasez de redes sociales, mayor vulnerabilidad y propensión a caer en una situación de vulnerabilidad y exclusión. Y, por último, hay que trabajar el tema del sentido vital: las personas en situación de drogodependencia, y por extensión las que tienen problemas de vulnerabilidad y exclusión, y por extensión todas las personas, tenemos que tener el sentido vital adecuado para poder empezar a desarrollar determinados procesos en nuestras vidas. Si yo no me siento importante, si yo no me siento capaz, difícilmente podré hacerlo. La combinación de esos tres factores (los elementos estructurales, de contexto y el sentido vital) hace que podamos tener éxito o no en la intervención y en el desarrollo de procesos de inclusión, haciendo referencia a lo que se decía del papel de la familia. Con esto creo que he respondido a varias preguntas a la vez.

Quiero agradecer el repaso del trabajo que hemos hecho en Cáritas, que lo habéis comentado todos, solo una puntualización: en el año 2012, si recuerdo bien, el volumen de atención de personas en Cáritas superaba el millón de personas en todos nuestros programas. En el ámbito de las drogodependencias estamos hablando de 6.000 personas, pero, como os dije al principio, somos una entidad generalista y el conjunto de atención en todos nuestros programas supera el millón de personas. Los grandes números son: un millón de personas atendidas, 65.000 voluntarios más o menos y 4.000 personas contratadas.

En cuanto a los recortes y la crisis —que varias intervenciones que habéis hecho iban por ahí—, a ver cómo lo expreso. Estamos en una situación de crisis —es que además no me quiero extender, me invitáis otro día y comparezco para hablar de la crisis, que creo que no solamente es una crisis económica sino de más cosas—, hay recortes debido a la crisis o no sé a qué, pero hay recortes, eso es un hecho, no voy a entrar a valorarlo, y eso está afectando a las personas, lo estamos notando en nuestros servicios y en nuestros recursos: el volumen de personas cada vez es mayor y nuestros servicios son limitados, es decir, no es que no tengamos techo, es que llegará un momento en que no podremos, simplemente. Entonces, lo primero es que la crisis y los recortes están afectando a las personas y que las personas van a los servicios, a los que también afectan los recortes y la crisis. Es decir, por un lado disminuyen los servicios, los recursos, y los que quedan están más llenos (no sé expresarlo mejor). Eso está afectando al sector, al tercer sector, como decía antes. Yo estoy viendo, estamos viendo cada día cómo están desapareciendo entidades, y desde mi punto de vista cuando una entidad social desaparece ya no se recupera: el sitio donde estaba ha perdido un valor que difícilmente podrá volver a ser. Cuando desaparece una asociación cultural, una asociación del tercer sector, de acción social en un determinado barrio, eso ya no se va a recuperar, es una pérdida para la sociedad.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 22

La crisis también está afectando a los recursos de la Administración pública. Los compañeros y compañeras de servicios sociales con los que vamos hablando también manifiestan sus dificultades a la hora de atender personas. Y está afectando no solo al tema de drogodependencias, sino a todos los sectores, al VIH de una manera especial, no hay dinero para tratar el VIH y eso también nos provoca a veces situaciones difíciles. Desde Cáritas, con esta cuestión que os he contado de la atención integral, recursos más abiertos y tal, intentamos llegar, pero sigue habiendo personas con VIH que necesitan atención. Y es como una pescadilla que se muerde la cola, porque todos estos recortes en el sector, en las administraciones públicas, vuelven a afectar a las personas que vuelven a saturar los recursos, y otra vez a empezar. No tengo la solución, si la tuviera, igual estaba sentado en ese lado y no aquí. No tengo la solución, pero es una pescadilla que se muerde la cola y está afectando, y mucho, a las personas que sufren pobreza y exclusión en este país.

Quiero destacar el valor de lo local, habéis preguntado algo en ese sentido. En los temas con los que Cáritas trabaja la proximidad es fundamental. No se puede entender lo que hacemos sin el valor de lo local, sin estar al lado de las personas que sufren adicción o que sufren pobreza y exclusión. Si acabamos con lo local estamos provocando un salto increíble que no sé cómo vamos a poder recoger. Desde mi punto de vista, y creo que desde el punto de Cáritas, todo lo que sea fomentar lo local —en cualquier tipo de recurso, en adicciones o en cualquier otro ámbito— es fundamental, hay que estar muy presente.

En cuanto al tema de las nuevas adicciones, seguro que mi compañero de Cruz Roja tiene más que decir. Habéis hecho alusión al tema de las redes sociales, por eso empezamos a hablar también de adicciones y no de drogodependencias. Yo creo que en Cáritas no tenemos claro si es una adicción o no, pero es una realidad y estamos empezando a verlo. No sabemos cómo tratarlo, no sabemos cómo hacerlo y estamos preocupados. No tengo ni idea, pero la realidad es que está ahí. Es una realidad que salta a la vista, los jóvenes pasan muchas horas en las redes sociales y escapa al control lo que hacen. Es una preocupación grande, sin muchas ideas para poder afrontarlo.

Habéis preguntado directamente sobre el tema de los inmigrantes en situación irregular. En Cáritas estamos muy preocupados con ese asunto. Hemos hecho distintos llamamientos a lo largo del último año en este sentido, sobre todo con la reforma del sistema sanitario, porque —tengo que decirlo— estamos viendo cómo se quedan fuera de la atención inmigrantes que no tienen sus papeles en regla. Estas personas no están siendo atendidas en los servicios de salud, lo cual nos genera un problema no a nosotros, creo que genera un problema en la sociedad, y no solo en el ámbito de la drogodependencia sino en todos los ámbitos.

En cuanto al tema de la convivencia de las administraciones públicas y las ONG, es que no puede ser de otra manera. Nosotros estaríamos felices —y creo que hablo por el sector entero— si no fuera necesario un tercer sector de acción social. Yo, particularmente, estaría encantado de la vida; estaría encantado de que hubiera un museo de la pobreza donde poder ver qué era eso de las ONG. Pero estamos lejos. Como estamos lejos, la convivencia, no solo la convivencia, es que es necesario establecer más diálogo entre la Administración y las entidades sociales. Hay un salto. Yo oigo hablar (no a vosotros) a las administraciones y a veces creo que hablamos de cosas distintas, cuando estamos hablando de lo mismo. Entonces, todo lo que podáis hacer para favorecer que podamos hablar, eso será un avance considerable. En la medida en que las administraciones, todas las administraciones públicas, y el sector social puedan hablar, no solo en el ámbito de las drogodependencias sino en todos los ámbitos, habremos dado un salto de gigante.

Por último —seguro que me he dejado cosas, pero he apuntado lo que he podido—, habéis hablado del control policial con el tema de las adicciones, de las personas en situación de drogodependencia. Pues es un tema muy peliagudo —no sé decirlo tampoco de otra manera—, porque cuando se comete un delito, pues hay que perseguir a la gente que comete delitos. Lo que pasa es que también, desde el punto de vista de Cáritas, hay veces que corremos el peligro de vincular pobreza y delito, y no es verdad. Entonces, los controles policiales por controles policiales, en principio yo diría que no; yo diría que no, y menos en una situación de drogodependencia. Ahora, si hay un delito, pues habrá que perseguir al que comete el delito. Pero hay determinados ámbitos donde se mueven las personas en situación de drogodependencia en determinados barrios donde el control policial no creo que ayude al objetivo que desde Cáritas nos proponemos, que no es otro que el que dejen de consumir drogas y ejerzan un modo de vida saludable. No creo que el control policial vaya a resolver el problema, sino más bien todo lo contrario.

Perdonad; seguro que me he dejado cosas, perdonad que haya sido así, y muchas gracias por vuestra atención otra vez.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 23

El señor **PRESIDENTE**: Antes de dar la palabra al señor Hernández quiero aclarar, en defensa del trabajo de los diputados, que hoy hay convocadas decenas de reuniones que coinciden con esta. Yo esta mañana tengo cuatro reuniones. Me están llamando por teléfono al tiempo que estamos en esta comparecencia. En todo caso, quiero expresar nuestra inquietud en ese sentido y que intentaremos buscar fechas más favorables para que las comparecencias se hagan bien, para que pueda estar el mayor número de diputados y senadores.

Tiene la palabra el señor Hernández.

El señor **RESPONSABLE DEL PLAN DE SALUD DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA** (Hernández González-Nicolás): Desde luego, también quiero transmitir el agradecimiento por su interés y por su participación. Me pasa como al compañero, que he recordado mis tiempos de estudiante intentando tomar notas a todo correr de lo que me decían, y me he dado cuenta de que hace mucho que dejé de ser estudiante porque he perdido capacidades que me gustaría tener, como la compañera que está tomando notas de todo lo que decimos. Entiendo que no he podido recoger todas las preguntas, pero intentaré responder las que he podido escribir.

Me preguntaban inicialmente en relación con el voluntariado. Quiero hacerles una reflexión sobre la situación de los recortes. Efectivamente, estamos viviendo una situación de recortes, pero no de recortes en solidaridad. Los ciudadanos y ciudadanas están en esta situación aportando más fondos, por lo menos a nuestra organización, y está aumentando el número de personas que se acercan a Cruz Roja ofreciéndose para trabajar como voluntarios en nuestra organización.

¿Qué tipo de perfil? La realidad es que en un colectivo de tantos voluntarios tenemos de todos los perfiles, desde personas que ya están jubiladas y que quieren utilizar el mayor tiempo libre del que disponen para poder ayudar a otras personas, hasta personas jóvenes que se acercan a la sección juvenil de Cruz Roja para apoyar en estas actividades. Tenemos una formación propia para el voluntariado que se acerca y, como les decía en la exposición, para poder unir la expectativa que tiene la persona que quiere ser voluntaria con sus propias capacidades, con su formación, aportándoles formación propia para que puedan desarrollar de la mejor forma posible el trabajo que desempeñan. El año pasado celebramos las vigésimo quintas jornadas nacionales de drogodependencias de Cruz Roja, y un equipo de voluntarios que trabaja en un centro de atención a drogodependientes en una de nuestras asambleas locales presentó una ponencia en la que expresaban, no las actividades en las que ellos colaboraban con las personas afectadas, sino lo que estaba suponiendo para ellos el poder estar colaborando. O sea, el voluntario no solamente como emisor de ayuda, sino también como receptor de experiencias en ese trabajo como voluntario. La tipología del voluntariado es muy variada pero, como les digo, en situación de crisis estamos viendo cómo aumenta el número de voluntarios.

Me preguntaban también que cómo hacemos para intentar compaginar la calidad y la calidez. Bueno, es una forma de entender el trabajo. Por un lado está la calidad basada en protocolos avalados científicamente, incluso en algunos momentos y en la medida en que podemos, normalizamos nuestras intervenciones gracias a normas de calidad como la ISO, por ejemplo, o similares. Pero en relación con la calidez, se trata de trabajar con el profesional, bien sea voluntario o remunerado, que atiende a estas personas por su capacidad de empatía, por ser capaz de respetar las decisiones que toma la persona en cada momento. Como les decía, se trata de adaptar los objetivos a lo que en cada momento la persona quiera conseguir, no imponiendo, alejándonos de la visión más paternalista de la intervención que hemos podido tener durante años, utilizando la entrevista motivacional como parte fundamental de nuestra intervención y reevaluando las intervenciones, como decía el compañero. Cuando una determinada persona no está evolucionando de la forma adecuada, los equipos terapéuticos deben tener la capacidad de analizar qué es lo que nosotros no estamos haciendo bien. Cuando las cosas no funcionan adecuadamente no puede ponerse la responsabilidad en la persona porque ella es la que no quiere avanzar; no se puede individualizar a ese nivel.

En relación con los determinantes sociales de salud, me parece importante destacar, aunque posiblemente ya lo conocen, que hay muchos estudios que analizan el impacto sobre la mortalidad, por ejemplo, de las inversiones en el sistema sanitario, y el impacto que tiene en reducción de mortalidad es muy bajo. Realmente, lo que tiene importancia para conseguir una reducción en los índices de mortalidad es la intervención en promoción de hábitos saludables, en cambiar los hábitos de vida y en prevención, con lo cual yo creo que científicamente está suficientemente avalado que tenemos que seguir invirtiendo en prevención, aunque lógicamente tengamos que mantener la asistencia cuando sea necesario.

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 24

Siguiendo un poco con esa línea del tema de la prevención, me preguntaban por la importancia de la familia. Lógicamente, la familia es clave en esta prevención, pero también el entorno escolar, el ámbito de educación no formal, como les decía. Pero también hay que motivar a los padres y madres para que participen activamente en esta prevención. Y a veces contamos con dificultades que son innatas a nuestra sociedad, que asumimos determinados tipos de consumo como normales dentro del entorno familiar, fundamentalmente relacionados con el alcohol. A veces nos echamos las manos a la cabeza por las consecuencias cuando en el origen están incluso las propias motivaciones y posiciones que puedan tener los padres y madres en relación con el consumo de alcohol. Por tanto, tenemos que trabajar en esa sensibilización.

En relación con la prevención, hablaban del tema de la participación o la intervención en redes sociales. Nosotros llevamos tiempo trabajando tanto en redes sociales como en Internet, tenemos un portal de prevención que llamamos www.pre20.es, en el que ponemos al alcance del profesorado por un lado, por otro de las familias y por otro de los jóvenes y adolescentes distintos materiales, dinámicas y actividades en relación con distintas áreas de la esfera individual, y una de ellas es el consumo de drogas. Estamos trabajando en la incorporación de un multicanal *online* de prevención y de sensibilización y de información en drogas similar al que ya tenemos desde hace tiempo en relación con el VIH. Nosotros teníamos un teléfono de información sobre VIH que ha visto aumentado exponencialmente el número de consultas cuando hemos añadido a la posibilidad de llamar por teléfono el poder intervenir en un chat. El chaval joven posiblemente no toma la iniciativa de llamar directamente, pero sí entra en un chat y plantea allí su consulta de forma anónima. Pues en esa misma línea estamos trabajando para ampliar el espectro de nuestra intervención de VIH también al tema de las drogodependencias.

Han preguntado en relación con la situación de las personas inmigrantes. Nosotros no damos asistencia sanitaria directamente casi en ningún lugar. Nos estamos centrando fundamentalmente, cuando la persona llega a nosotros solicitando ayuda, en informarle de cuáles son sus derechos, recogidos en el Real Decreto 16/2012, para que se cumplan esos derechos, incluso acompañando a la persona para que se haga efectivo ese derecho que tienen reconocido en la propia legislación. Al margen podremos intervenir en otros foros, pero con la mujer embarazada, con la persona que tiene una situación de urgencia, con el menor, procuramos que se vea respetado ese derecho que está reconocido.

Comentaban si no es necesario hacer prevención hablando de drogas. Nosotros consideramos que las drogas, queramos o no, existen y van a seguir existiendo. De forma que creemos que en la formación del joven y del adolescente hay que incluir, por un lado, una información veraz, porque la información no veraz va a ser accesible seguro, porque en Internet van a encontrar información de cualquier tipo, queramos nosotros o no. Tenemos que ser capaces de facilitarles una información realista que transmita los efectos que en un momento dado un consumo puede tener a nivel positivo, porque no los podemos negar, pero que se den cuenta de esa parte negativa que puede acarrear el consumo. Y es fundamental, por supuesto y como les decía en la presentación, que les formemos para que sean capaces de elegir, de elegir con libertad pero hacerlo con conocimiento de causa; que seamos capaces de capacitarles —valga la redundancia— en esa toma de decisiones basada en una información adecuada para que puedan superar la presión de grupo que pueda existir para que realicen un determinado consumo. Habrá que plantearles alternativas a su ocio, habrá que facilitarles el acceso a un ocio saludable, a un ocio barato y que dependa de sus condiciones económicas, un ocio accesible para que puedan tener alternativas a una utilización del tiempo libre no tan saludable.

En relación con el control policial, en lo que nosotros hacemos hincapié es en que el control policial tendrá que existir fundamentalmente en relación con el tráfico de las sustancias. Nosotros, desde nuestros organismos no solamente a nivel español, sino a nivel internacional, lo que intentamos es que se defiendan siempre los principios recogidos en la Declaración de los Derechos Humanos, que no se persiga y se fiscalice al consumidor, que en el fondo y en muchos casos, como hemos planteado, es la víctima de todo este proceso.

Para terminar, un par de ideas. En relación con la colaboración con la Administración, nosotros tenemos que reconocer que tenemos buenas relaciones en general con la Administración y que optamos a la financiación que ponen a disposición de las entidades, por ejemplo, el Plan Nacional sobre Drogas con sus dos convocatorias, los presupuestos generales y la Ley de fondos, también a la financiación por medio del IRPF o a la de comunidades autónomas y de municipios; seguimos optando a mucha financiación a ese nivel. Pero, como decía el compañero, necesitamos trabajar en esos puntos de diálogo entre las organizaciones y la Administración, y a veces requerimos no tanto la financiación, aunque también es

DIARIO DE SESIONES DE LAS CORTES GENERALES

COMISIONES MIXTAS

Núm. 72

25 de junio de 2013

Pág. 25

importante, como el aval a las actividades que realizamos. Pongo un ejemplo, avalada por el plan nacional se está generando una plataforma de prevención basada en la evidencia. Lo que intenta el plan indirectamente, y a nosotros nos parece muy adecuado, es que todas las organizaciones que trabajamos en prevención seamos capaces de poder avalar científicamente eso que hacemos en prevención, de forma que el resto de organizaciones pueda imitar aquellas experiencias que sean buenas y no sigamos gastando dinero en aquellas que no han sido eficaces. Y ahí también hay una colaboración con la Administración pública y con la Administración sanitaria.

Por último, por supuesto que hay que intentar hacer lo que sea necesario en todos los ámbitos para reducir el consumo de alcohol entre menores, porque el consumo de alcohol no solamente es un problema social, es que además está afectando a ese sistema nervioso central que está en desarrollo. Con lo cual tenemos que intervenir a nivel fundamentalmente de prevención. Nosotros seguimos realizando asistencia donde se nos requiere, como les decía, pero vemos que cada vez es más importante que nuestra intervención se oriente a este ámbito preventivo; y ahí, lógicamente, tendremos que colaborar con la Administración donde ustedes nos requieran.

El señor **PRESIDENTE**: A los señores Hernández y Cristóbal les expresamos el agradecimiento y el aprecio por parte de la Comisión y también la voluntad de cooperación. En la medida en que nosotros podamos impulsar e instar al Gobierno a esa cooperación y a poner los medios que se consideran escasos siempre, pero más escasos todavía en condiciones de crisis, así lo haremos.

Se levanta la sesión.

Eran las dos y treinta y cinco minutos de la tarde.