



# CORTES GENERALES

# DIARIO DE SESIONES DEL

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Año 2022

XIV LEGISLATURA

Núm. 650

Pág. 1

## SANIDAD Y CONSUMO

PRESIDENCIA DE LA EXCMA. SRA. D.<sup>a</sup> ROSA MARÍA ROMERO  
SÁNCHEZ

Sesión núm. 62

celebrada el martes 19 de abril de 2022

Página

### ORDEN DEL DÍA:

Comparecencias para informar sobre la materia de la subcomisión al objeto de analizar experiencias de regulación del cannabis para uso medicinal. Por acuerdo de la Comisión de Sanidad y Consumo. (Número de expediente 154/000011):

- |  |    |
|--|----|
| — Del señor director del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicodependencias, OEDT (Goosdeel), a través de videoconferencia. (Número de expediente 219/000801) ..... | 2  |
| — Del señor Pérez Martínez (anestesiólogo especializado en tratamiento del dolor crónico). (Número de expediente 219/000802) .....                                       | 9  |
| — Del señor López Pelayo (médico psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Institut Clínic de Neurociencies). (Número de expediente 219/000803) .....           | 17 |
| — Del señor presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz (Hidalgo Fernández). (Número de expediente 219/000804) .....                                    | 25 |
| — Del señor Corno Caparrós (abogado experto en temas de adicción). (Número de expediente 219/000805) .....   | 33 |

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 2

Se abre la sesión a las once y cinco minutos de la mañana.

**COMPARENCIAS PARA INFORMAR SOBRE LA MATERIA DE LA SUBCOMISIÓN AL OBJETO DE ANALIZAR EXPERIENCIAS DE REGULACIÓN DEL CANNABIS PARA USO MEDICINAL. POR ACUERDO DE LA COMISIÓN DE SANIDAD Y CONSUMO. (Número de expediente 154/000011):**

— **DEL SEÑOR DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODPENDENCIAS, OEDT (GOOSDEEL), A TRAVÉS DE VIDEOCONFERENCIA. (Número de expediente 219/000801).**

La señora **PRESIDENTA**: Buenos días, señorías.

Vamos a comenzar la sesión de la Comisión de Sanidad y Consumo. Espero que hayan pasado unos muy felices y descansados días de Semana Santa. Volvemos a nuestra Comisión de Sanidad que, como siempre, inaugura la actividad parlamentaria. Igual que siempre la clausuramos, exactamente igual inauguramos el trabajo parlamentario.

Como saben, en este caso tenemos varias comparencias para informar sobre la materia de la subcomisión, al objeto de analizar experiencias de regulación del cannabis para uso medicinal. Hoy tenemos varios comparecientes. El primero de ellos va a intervenir a través de videoconferencia. Se trata del señor Goosdeel, director del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicodependencias.

Por recordarles los tiempos, ya saben que los portavoces tienen tres minutos para hacer preguntas.

Ahora me dirijo al compareciente, señor Goosdeel. Bienvenido, muchísimas gracias por querer participar en nuestra Comisión y compartir el trabajo que realizan con esta Comisión y todos sus portavoces. Ya sabe que tiene un tiempo de aproximadamente quince minutos en su primera intervención, por supuesto con flexibilidad; y, después, cuando los portavoces le planteen preguntas o alguna cuestión, tendrá un tiempo en torno a los cinco minutos para poder dar respuesta a aquellas cuestiones a las que esté en condiciones de contestar.

Sin más, señor Goosdeel, tiene la palabra.

El señor **DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODPENDENCIAS, OEDT (Goosdeel)**: Muy buenos días. ¿Me escuchan?

La señora **PRESIDENTA**: Sí, le escuchamos perfectamente.

El señor **DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODPENDENCIAS, OEDT (Goosdeel)**: Muchas gracias por la invitación por parte de la Comisión. Es un placer y un honor esta invitación y tener la oportunidad de compartir con ustedes algunos de los resultados del trabajo del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicodependencias.

La historia del uso médico del cannabis y de los cannabinoides ya se puede ver en las publicaciones del observatorio. Nosotros no hablamos de cannabis médico porque me parece que es un principio de medicina y de farmacoterapia que no habla del cactus terapéutico o de cualquier árbol terapéutico. Se habla de una sustancia, por ejemplo, del uso de la morfina en el tratamiento del dolor causado por el cáncer en los niños. De la misma manera, pienso que hablar solo de cannabis médico es una manera un poco limitada de tratar el tema. ¿Por qué? Porque, como ustedes bien saben, el cannabis tiene una gran variedad de sustancias de las que todavía no conocemos sus efectos, solo parte de las propiedades de alguna de estas. Desde hace ya muchos años se está hablando de propiedades médicas o terapéuticas del cannabis, especialmente desde los años noventa. También hay algunos informes muy importantes y muy útiles, por ejemplo, de Estados Unidos y de la Academia de Medicina, que están analizando la evidencia científica sobre las propiedades de estas sustancias. Por eso, en el análisis y seguimiento de lo que sabemos hoy sobre las propiedades médicas, nosotros hablamos mejor de cannabinoides, y lo que vemos, por ejemplo, es que se pueden distinguir dos grandes categorías de productos que tienen como base el cannabis. **(Apoya su intervención en una presentación digital)**. Aquí se ven las preparaciones con cannabis y otros productos medicinales. La gran diferencia entre estos dos es que para ser llamados y registrados como productos médicos o medicinales es necesario tener una autorización de puesta en el mercado que, obviamente, no ha sido obtenida por las preparaciones que contienen cannabis, a pesar de que la forma en la que se presentan algunas de las preparaciones induce a confusión, ya que sugiere que se trata de un medicamento que ha obtenido una autorización de mercado sin ser necesariamente el caso.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 3

Este cuadro también es interesante porque nos muestra que algunos de los medicamentos registrados contienen cannabinoides pero de origen y contenido distinto. Por ejemplo, Canemes contiene nabinole, que es un cannabinoide sintético similar al THC. Marinol y Syndros contienen dronabinol, que es un THC sintético. Sativex contiene nabiximols, que tiene como origen la planta de cannabis y que tiene cantidades más o menos iguales de CBD y THC. Finalmente, este otro ejemplo, el Epidiolex, que contiene cannabidiol, de origen vegetal.

Hay distintas formas de preparaciones con productos de cannabis: cannabis bruto, preparaciones magistrales o preparaciones que han sido estandarizadas. En estos casos siempre surgen más preguntas en términos de control de calidad, de protección de los consumidores y de estandarización de todo el proceso que lleva la producción, también con grandes desafíos, muchas veces para asegurarse de que el contenido es el previsto y también en las proporciones y en las medidas que se pretende, que no siempre es el caso.

Esta es una primera clasificación. Por supuesto, uno de los problemas que surgen en todos los países, en particular en la Unión Europea, es esta confusión y la publicidad que pretende hacer ver que el cannabis tiene propiedades medicinales sin comprobarlo, sin garantizar nada en términos de proceso, de calidad y de seguridad de los consumidores, y también sin ser capaces de justificar la pretensión terapéutica que está anunciada en estos productos. ¿Cuál es la evidencia científica que tenemos hoy sobre la posibilidad de utilizar extractos de cannabis para uso médico? Hay una limitación en esta presentación y también en los informes que tenemos, y estamos preparando una gran puesta al día del informe del 2018 sobre el uso médico de cannabis y cannabinoides, porque la base científica cambia rápidamente pero se queda muy limitada y muy fragmentada. Por ejemplo, hay poca consistencia y poca coherencia entre los varios tipos y productos con base de cannabis que han sido utilizados.

También otro de los grandes desafíos es que hay muchos estudios que se hacen con muy pocos pacientes. Es decir, no existe una evidencia científica fuerte que permita garantizar no solo que existen las propiedades terapéuticas mencionadas o pretendidas, sino también que este efecto o impacto terapéutico se observa en la mayoría de los casos que han recibido el tratamiento. También implica —y ese es uno de los objetivos de los ensayos clínicos— tener la garantía de que no solo el producto garantiza el impacto y el efecto para un número significativo de los pacientes, sino también que no va a causar ningún efecto secundario letal o tóxico importante.

Otro punto muy importante es que se ha observado que hay la evidencia científica de que, en algunas circunstancias, algunos cannabinoides están atenuando, disminuyendo los síntomas de algunas enfermedades. Hasta ahora no he oído hablar de ninguna investigación que haya conseguido comprobar que utilizando extractos de cannabis se termina con una enfermedad. Esto no significa que no sea útil o que no tenga valor terapéutico pero, de nuevo, hay un gran desafío, y con los medios sociales es siempre un desafío mayor, porque se pretende que, porque se observó un impacto sobre algunas células cancerígenas en un laboratorio, esto cura el cáncer. Ese es uno de los desafíos que tenemos hoy con esta variedad de productos, sobre todo es bien conocido el desafío para todos nosotros con la venta de productos con CBD, que no es necesariamente ilegal, pero pretender que tiene propiedades terapéuticas, como se hace a veces, sobre todo si esto induce al hecho de que algunos pacientes con cáncer van a abandonar su terapia para usar extractos de cannabis, obviamente se aproxima a la práctica ilegal de la medicina e implica otras consecuencias.

Se considera el uso de medicamentos o de productos a base de cannabinoides como tratamientos complementarios, es decir que se usan junto con otros, que habitualmente no se usan solos. También hay una evolución porque, por ejemplo, vamos a ver que algunos extractos de cannabis tienen un efecto significativo sobre el vómito causado por algunas quimioterapias. Pero también las quimioterapias están evolucionando. Algunas de ellas, que causaban vómitos, tienen ahora menos efectos secundarios de los que tenían en el pasado. También en muchos casos —por lo menos en la práctica científica— los medicamentos que contienen cannabinoides están siendo utilizados cuando los pacientes no han conseguido tener un efecto positivo con los tratamientos estandarizados.

La conclusión aquí es que, primero, necesitamos mucha más investigación científica y estudios clínicos. Cuando revisamos algunas investigaciones científicas, solamente con el título de algunos estudios me parece que ya se puede prever cuál va a ser el resultado. Por ejemplo, tuve alguna tentativa de explorar el uso de cannabinoides para el tratamiento del dolor agudo en comparación con la morfina. Conociendo la acción del sistema cannabinoide, que es diferente del sistema de los opioides en el cerebro, y vista la forma como la morfina consigue parar el dolor, no parece evidente que haya una probabilidad elevada de que el

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 4

cannabis vaya a tener más impacto que la morfina. Ahora bien, algunos efectos secundarios de enfermedad o de dolor crónico seguramente se pueden justificar de forma médica y científica, puesto que el dolor crónico causa más problemas para los pacientes, y un tratamiento complementario a base de cannabinoides puede permitir un alivio del dolor y de las consecuencias del dolor crónico. ¿Por qué no? Por la misma razón existe la práctica y el uso en oncología. El problema aquí, de nuevo, no es saber si estas propiedades son verdaderas o no, sino el desarrollo de estándares nacionales, europeos o internacionales que permitan ayudar a los profesionales a ver lo que se puede hacer y cuáles son las indicaciones. Los riesgos asociados al uso de los medicamentos o productos médicos con contenido de extractos de cannabis son parecidos a otros riesgos y los efectos negativos graves son muy raros.

Aquí tenemos una lista, aunque hay más detalles en el informe que hemos publicado en 2018 y, como ya dije, estamos preparando una puesta al día con información más reciente. El primer comentario metodológico está en la tercera columna, cuando hablamos de la fuerza de la evidencia. La fuerza de la evidencia no significa que tenga un efecto terapéutico fuerte o débil, significa que la información científica en relación con estos efectos es lo suficientemente fuerte o no como para tener todas las garantías y lograr conformar una conclusión firme y con cierta estabilidad. Por ejemplo, aquí se ve que hay un impacto o un efecto positivo sobre la náusea y el vómito asociados a la quimioterapia, pero faltan estudios, y el problema de nuevo es que existe una evolución en la quimioterapia y necesitamos la certeza, cuando se hace un estudio comparativo, de que están utilizando y controlando todos los parámetros de la misma manera, que no es siempre el caso.

En relación con el efecto como estimulante del apetito para los pacientes con sida —aquí hablamos de una combinación entre dronabidol y THC—, también hay evidencia, pero poca, y necesitamos saber más. Hay dominios donde se sabe un poco más, y uno de ellos es el impacto sobre los espasmos musculares en los pacientes con esclerosis múltiple. Aquí son dos tipos de sustancias diferentes: nabiximols en un caso, y cannabis y cannabinoides en el otro. Puede que haya un impacto estadísticamente significativo, pero que, de nuevo, no sea suficiente para generalizar y para poder decidir si se puede utilizar con toda la población. En los cuidados paliativos para el cáncer la información es totalmente insuficiente. Hay una evidencia científica de impacto de productos a base de CBD con la epilepsia en los niños, sobre todo para los síndromes de neurología pediátrica, pero también necesitamos saber más. Y hay otras muchas enfermedades que hemos presentado de forma más detallada en el informe para las cuales parece que tiene beneficios el uso de algunos extractos cannabinoides, pero todavía no existe suficiente información para generalizar.

En cuanto a la regulación para el cambio de las legislaciones, un desafío que se nota en algunos países de la Unión Europea es el hecho de que cambiaron la legislación para permitir, por ejemplo, el cultivo legal de cannabis con fines científicos y médicos sin saber cómo se puede aplicar en la práctica médica a nivel nacional. Es decir, es una verdad, de buena fe, sobre la base de una información que es seria y que indica que hay algunas propiedades terapéuticas. Pero también está ese fantasma, esa fantasía para algunos países que tienen grandes dificultades económicas y un clima con mucho sol, que pretenden que el futuro mercado del cannabis pueda ser el nuevo oro verde que va a aumentar los ingresos del Estado a partir de los impuestos cobrados sobre la producción y el consumo de estos productos. Puede ser que al final vaya a ser el caso; no lo sé, no tengo una bola de cristal para decir de forma cierta qué va a acontecer, pero pienso que la parte económica está un poco más adelantada que la parte científica. Es un gran desafío, porque en algunos Estados miembros, donde la legislación ha cambiado, todavía tenemos grandes preguntas a propósito de cuáles son los tipos de productos que se van a autorizar, si se van a autorizar solo los productos medicinales que han sido registrados o, como es el caso de algunos países, si también las preparaciones que contienen cannabis y qué tipo de preparación con base de cannabis, porque, aunque en Europa este debate no es tan fuerte, sí lo es en otras regiones del mundo en cuanto a cómo se administra y se aplica el tratamiento. Pienso que en Europa ciertamente no existe ningún ministro de la salud o casi ningún parlamento que pudiera aceptar la idea de recomendar a la gente que fume cannabis y que pueda ser considerado como un tratamiento médico. No es la única forma de administración, hay otras posibilidades, hay muchos ejemplos, pero eso también implica un coste para la producción, para los procesos de calidad, etcétera.

La dificultad también está en cuáles son los síntomas, las enfermedades o las condiciones médicas que lo justifican, para cuáles puede ser una buena indicación. Aquí tengo que decir que en algunos de los debates nacionales no entiendo por qué algunas veces se presenta el cannabis como mejor que otros para ser utilizado. Si hablamos de medicina y de tratamiento, si hay evidencia científica, un medicamento

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 5

con base en cannabis es como cualquier sustancia, tiene efectos, pero no tiene que ser mejor que todos los otros para su justificación. En algunos casos puede ser un tratamiento complementario, que ayude a reducir los síntomas causados por los tratamientos mismos. ¿Por qué no en medicina?

También hay un debate importante, por lo cual todavía no hay una práctica común entre los Estados miembros, sobre quién está autorizado para hacer la prescripción de medicamentos con base en cannabis. Hay debates, opciones, discusiones. ¿Se necesita reservar esta práctica a médicos que han tenido una formación específica? ¿Es solo para psiquiatras? ¿Es solo para oncólogos? Hay varias opciones y un debate importante. El hecho de que los extractos de cannabis vengan de una planta que sigue estando prohibida lo hace considerar potencialmente como si habláramos de una droga igual a la morfina o la heroína que se va a prescribir a los pacientes, y no es el caso. De nuevo pienso que uno de los desafíos es volver a la medicina y a la farmacología olvidando la particularidad del cannabis como planta usada como droga en otras condiciones. Pienso que no se puede mezclar medicina con las otras cuestiones, y haré un comentario al final de mi presentación sobre esto.

También es importante cómo se puede organizar la formación, cómo se definen las líneas directrices para la prescripción, cómo se organiza el coste para los pacientes, su reembolso, quién y cómo será el seguimiento de los pacientes para ver los efectos, cuáles son los estándares de calidad y cómo se organiza la producción. También hay problemas nuevos, como, por ejemplo, a iniciativa de Estados Unidos, si conducir bajo la influencia del cannabis puede tener nuevos desafíos si el paciente tiene que consumir medicamentos con base de cannabis.

La señora **PRESIDENTA**: Señor Goosdeel, disculpe que tenga que pedirle que abrevie el final, pero tenemos varios comparecientes y de otro modo es difícil poder ajustar esta sesión de la Comisión.

EL señor **DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODEPENDENCIAS, OEDT** (Goosdeel): Sí, presidenta. Acabo con este punto acerca de la gente que ha consumido medicamentos que contienen cannabis. Si tienen un accidente en la carretera, ¿qué pasa? ¿Se permite conducir cuando se toman estos medicamentos?

Finalmente, como decía Paracelso en 1538, al que consideramos el inventor de la toxicología moderna, ya que hablando del uso médico de cannabinoides pienso que tenemos que dejar aparte el lado ideológico en referencia a la posibilidad de que también sea usado como una droga, la diferencia entre medicamento y droga que te puede matar en la práctica está en la dosis. Es decir, necesitamos mucho más conocimiento sobre el uso del cannabis y los cannabinoides, a pesar también de que cada año tenemos más conocimientos, una mayor formación, que nos permite conocer mucho mejor las propiedades de esta planta y algunos extractos, de los que hasta hace diez o veinte años solo teníamos una presunción y los hechos científicos eran muy pocos.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, como sabe usted, tienen un turno los portavoces para plantear sus preguntas.

Tiene la palabra la señora Gorospe en nombre del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias. Buenos días.

Gracias, señor Goosdeel, por intervenir en esta Subcomisión aportando información.

Usted se ha referido a la guía publicada en 2018 *Uso médico del cannabis y cannabinoides, preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*. Le pregunto si podría hacernos brevemente un anticipo de lo que va a ser su actualización y qué partes de esa información y batería de preguntas y respuestas han quedado desfasadas, porque, como usted dice, la evidencia científica está en continua evolución en este ámbito.

Decía que tal vez el interés económico vaya por delante y que en algunos casos ese puede ser el interés que mueva a avanzar en esta materia. Pero la cuestión es que en algunos Estados ya se permite la producción y exportación, y lo que nosotros nos planteamos es por qué no se puede avanzar en lo que realmente ya existe, ya que, frente a ese riesgo que usted refería, puede reportar beneficios en el ámbito sanitario a pacientes que sufren alguna de las enfermedades que usted mencionaba. En este ámbito, me gustaría saber si de ese análisis y estudio que ustedes han realizado hay alguna práctica, algún paso dado en algún país, ya sea de nuestro entorno o más lejano, que le parezca una referencia como práctica de interés para el ámbito sanitario en el Estado español.

Gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 6

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario de Unidas Podemos, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenido, señor Alexis Goosdeel.

Aquí hay un problema importante, y es el de la inseguridad que conlleva el mercado negro del cannabis. Al mismo tiempo que este mercado negro, tenemos también la realidad de que la gente que desea usar cannabis para fines terapéuticos ha de acudir a ese mercado negro, ya que el uso personal de cannabis no es ilegal pero sí comprarlo, lo cual, es claramente contradictorio, y acceder a los cannabinoides en forma de fármaco puede ser poco accesible o muy caro.

Parece evidente que la falta de regulación favorece el mercado negro. Si partimos de ahí, la primera pregunta es: ¿Cree usted que, frente al hecho del mercado negro y su peligrosidad y el hecho de que la gente que lo necesita ante el dolor causado por distintas patologías lo busca como sea, la responsabilidad de los gobiernos es procurar que el uso de cannabis sea lo más seguro posible y, por lo tanto, normalizar su uso terapéutico? ¿Cree que eso es razón suficiente?

La otra pregunta es: ¿Cree que la producción y distribución de cannabis por parte de la Administración pública a través de una farmacéutica pública aseguraría el acceso justo y equitativo al cannabis y, desde luego, el acceso seguro?

Estas son las preguntas. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Muchas gracias, señor Goosdeel, también por hablar en español, ha sido todo un detalle. Además, enhorabuena por su fluidez.

Me ha gustado mucho su exposición, como lo que ha dicho acerca de que hablar del uso del cannabis médico es abusivo y es como hablar del uso médico del cactus. Cerrando con la cita de Paracelso, parece que el *leitmotiv* de su intervención es que tenemos que aislar los efectos beneficiosos del cannabis, frente a los efectos venenosos del cannabis, y eso solamente se hace —según he entendido— mediante la farmacología y el aislamiento de sustancias activas.

He entendido también que la evidencia sobre el uso medicinal de los extractos es muy escasa. Incluso —solamente señalar, con su permiso—, en la tabla que usted ha presentado sobre la evidencia actual, se ve que la mayor parte de las filas son de cannabinoides, y solamente hay una fila del uso de cannabinoides y cannabis en el dolor crónico, y la evidencia es moderada, de un efecto pequeño, comparado con el placebo. Por lo tanto, lo que ha dicho usted de que incluso el efecto de los cannabinoides es limitado va en la línea de argumentación que usted ha presentado.

Le quería hacer una pregunta. Aquí han estado la doctora Cerdá —que usted conoce— y el doctor Arango —al que seguramente que también conoce—, y ella nos dijo que el uso medicinal fue seguido de un aumento del uso en adultos, también de dependencia y también del aumento de los accidentes del tráfico, aunque no de la mortalidad, y aprendimos del doctor Arango que había una clara correlación de efectos psicóticos y psicosis y la marihuana. Aprendimos también del estudio del doctor Jongasma, correlacionando la incidencia de psicosis en distintas ciudades, que, por ejemplo, Londres tiene una mayor incidencia de psicosis precisamente también por el uso de marihuana. La pregunta es la siguiente: ¿Podría usted mencionar algún dato más respecto a qué consecuencias tendría —aparte de las económicas, que parece que preocupan mucho a los grupos de Podemos y PNV y a lo mejor tienen que ser aclaradas— sobre la población general el uso de cannabis y sus efectos sobre psicosis, ansiedad y depresión, de la legalización de su uso medicinal?

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Callejas.

El señor **CALLEJAS CANO**: Muchas gracias, señora presidenta.

Muchas gracias, señor Goosdeel, director del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicodependencias, por su impecable intervención, y, sobre todo también, como decía mi compañero, por haberse dirigido a nosotros en español y hacernos más fácil el conocimiento de lo que nos quería transmitir.

Me quedo con varios titulares de su intervención. Sin duda, hablar del cannabis como uso medicinal supone un uso terminológico inadecuado, y, como ya he dicho en otras intervenciones en esta Subcomisión,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 7

creo que el hecho de que dediquemos tiempo y recursos a este tipo de iniciativas puede suponer una pervisión de lo que es el Parlamento. Obviamente, respeto y soy muy liberal con que se pueda hablar de todos los temas, pero quizá que en el Congreso de los Diputados estemos hablando del uso medicinal del cannabis puede llevar a error a la población y puede ser que, sin quererlo, estemos haciendo un blanqueamiento de un mercado negro, que, efectivamente, se está beneficiando de este tema. Por resumir, lo que creo que puede traer esta Subcomisión o la conclusión a la que podríamos llegar es que en el uso medicinal del cannabis hay una falta total y absoluta de evidencia científica y sobra especulación tanto por parte de cierta industria como por parte de algunas administraciones que quieren aumentar el ingreso de impuestos. Y creo también que sobra una ideología en todo lo referente al cannabis. Creo, y lo manifiesto como sanitario que soy, que deben ser los técnicos y los especialistas quienes ilustren y traigan evidencias científicas al Parlamento. Una vez que eso se produzca, podremos legislar; pero no al revés, porque, si no, podemos confundir a la población, y creo que no estamos para eso.

Me gustaría hacerle varias preguntas, señor Goosdeel: ¿Considera adecuado que se deban hacer ensayos clínicos serios sobre esta materia? ¿Cómo lo haría?

También me gustaría saber si usted considera oportuno, como dijo el presidente del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España, incluir el CBD en el Anexo III del Reglamento europeo 1223/2009, sobre productos cosméticos, y que ello sirviera para que se incluyeran advertencias de su uso e incluso limitar las concentraciones de CBD, lo que permitiría mejorar el manejo de estos productos cosméticos y evitar problemas de salud pública.

Me ha llamado la atención que en uno de los gráficos que usted ha expuesto no incluyera como medicamentos las fórmulas magistrales. En España una fórmula magistral se puede considerar como medicamento y me gustaría que me pudiera aclarar ese extremo.

Por último, le pregunto si tiene algún conocimiento acerca del estudio que se está realizando en Francia, que se inició en marzo del año pasado y culminará en 2023, en relación con el uso medicinal del cannabis.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Vicente Viondi.

El señor **VICENTE VIONDI**: Gracias, presidenta.

Buenos días, señor Goosdeel. En primer lugar, le agradezco su intervención en castellano, ya que así quizás lo podemos seguir más atentamente que en su lengua materna.

Yo me resistía a tratar en esta subcomisión otras cuestiones, pero, claro, oír al representante del Partido Popular llamar compañero al señor Steegmann y hablar aquí de blanqueamiento, cuando hoy están pactando y formando Gobierno con los socios de Le Pen, de Orban y Salvini, no he podido resistirme. Midan ustedes su lenguaje, porque hay días que son inapropiados y creo que no es el día más adecuado para que utilice esos términos.

Centrándonos en la intervención del señor Goosdeel, realmente interesante y productiva, esta subcomisión, que nosotros apoyamos porque nos parecía necesario plantear este debate, y más en esta Cámara, la hemos considerado siempre desde dos premisas, que son el para quién, qué personas pueden recibir el cannabis terapéutico, y el cómo. A nuestro entender, usted se ha referido más a cuestiones sobre el cómo, pero, si fuera posible, me gustaría que se explayara también en el apartado del para quién.

Una pregunta que estamos haciendo a todos los expertos que proceden del mundo de las adicciones es sobre la propia generación de adicción por este consumo, de modo que nos gustaría que nos indicara desde su visión europea si bajo el nombre de cannabis medicinal o terapéutico también la pueden sufrir incluso los propios pacientes.

Y le voy a plantear otras dos preguntas muy concretas. En primer lugar, en cuanto a su opinión sobre los marcos estatales aprobados por los Estados miembros. No queremos que nos detalle un *ranking*, sino saber cuál es el que usted considera más cercano a lo que plantea el centro europeo.

Finalmente, puesto que estamos en España, en el Congreso de los Diputados, acerca del marco actual, que es cero, aunque tenemos aprobados a través de la Agencia Española del Medicamento el Sapidex y el Epidyolex, querríamos saber si usted considera que es el adecuado o en qué aspectos lo mejoraría, considerando las experiencias que ya hemos tenido en otros Estados miembros.

Muchas gracias, señor Goosdeel.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 8

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Concluido el turno de portavoces, tiene el señor Goosdeel un turno breve para poder contestar a las cuestiones planteadas.

Muchas gracias.

El señor **DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODEPENDENCIAS, OEDT** (Goosdeel): Muchas gracias por todas las preguntas. Obviamente, en cinco minutos va ser imposible contestar a todas, si bien voy a tratar de aportar elementos de respuesta para cada uno de ustedes.

La primera pregunta era a propósito de la actualización sobre la guía de 2018 y el informe. Lo que queremos hacer es seguir con la observación sistémica de las revisiones científicas para saber cuáles son los nuevos conocimientos sobre las propiedades terapéuticas relacionadas con el uso de los cannabinoides. La verdad es que la investigación científica progresa, avanza, pero en este campo no tanto como podríamos esperar y necesitar. Pienso que hay una competición entre intereses, seguramente una oportunidad de desarrollo económico, y, sobre todo, en estos tiempos de crisis, iniciada ya en 2010, también a causa del COVID y en estos momentos por la guerra de Ucrania. El hecho es que algunos países están contemplando posibilidades para obtener nuevas fuentes de desarrollo económico, y creo que eso también es responsabilidad de las autoridades. La dificultad es que el marco legal y los conocimientos todavía tienen sus desafíos y falta una parte de conocimiento. Por eso en la Unión Europea, con algunas diferencias entre los distintos países, en cuanto a los que han decidido legalizar, existen diferentes prácticas, pero para mí de momento no hay un perfil de acción a nivel de algún país para decir que ese es el modelo que todos podrían decidir seguir, creo que todavía no estamos en este punto. Por eso estamos interesados en seguir cualquier debate que surja en los parlamentos nacionales o regionales y las iniciativas de los distintos países, y antes se ha mencionado el programa de investigación en Francia.

El segundo grupo de preguntas era a propósito del mercado negro de cannabis y sobre la necesidad para los pacientes, para las personas que necesitan acceder a los cannabinoides de forma legal y barata, que obviamente es un objetivo, así como la responsabilidad del Estado de garantizar la calidad de lo que se vende de forma legal y lícita. Son temas importantes. También pienso que en la pregunta hay dos elementos distintos. Hay gente que considera que fumar cannabis le sirve como cura, y para ser honesto puede ser verdad, solo que fumar cannabis no puede ser equiparado a un tratamiento médico. Hay muchos elementos, muchos actores y sobre todo el hecho de fumar cuando en Europa hemos luchado tanto para reducir la frecuencia del cáncer en pulmón y en garganta asociados con el tabaco. Pienso que fumar nunca va a ser una propuesta de ningún país como una forma adecuada de tratamiento. Hace dos o tres años, hubo un informe de un grupo de expertos que aconseja la Organización Mundial de la Salud, que han hecho algo que para mí es realmente interesante y realmente científico, y es que han dicho que, por ejemplo, un cierto uso de extractos de cannabinoides para un cierto tipo de sintomatología parece tener un efecto, pero que todavía no se conocen los mecanismos biológicos que permiten que permitan este efecto. Esto es la ciencia. Necesitamos más investigación para conocer mejor las propiedades y, por otro lado, para conocer mejor cómo se usa, cómo se prescribe y cómo se trabaja con esto sabiendo que una de las cuestiones es evitar el riesgo de sobredosis y también porque existe un riesgo de sobredosis si ese tratamiento de cannabinoides se hace con el uso o abuso de alcohol al mismo tiempo. Por tanto, para los profesionales de la salud tener la capacidad de utilizar, entender y sentirse cómodo con la idea de utilizar hay todo un trabajo que todavía no tenemos.

Otro aspecto que no menciono en relación con la pregunta que hablaba del reglamento sobre los productos cosméticos. Hay un debate a nivel de Unión Europea entre los Estados miembros, entre otros, sobre este tema. La verdad es que uno de los grandes desafíos del aumento increíble de la producción y de la disponibilidad de productos que contienen cannabinoides, y que tratan de pasar sobre el mercado de manera legal o ilegal, es el hecho de que aún para los nuevos alimentos, como se llama, también existen criterios de control de calidad que la mayoría de los productos no tienen y no son capaces de seguir. Tenemos que ser claros: el uso médico de extractos de cannabis tiene, para mí, todo el derecho, como cualquier otro tipo de sustancia que pueda tener una utilidad terapéutica. Para mí, el hecho de que venga del cannabis o del opio o de cualquier otra planta o proceso químico no puede suponer una diferencia. Por supuesto, si hay indicaciones terapéuticas, tiene que estar disponible para la población que lo necesita. En este caso el papel del Estado en la producción de cannabis es un tema diferente que no puedo comentar mucho hoy porque no tenemos mucho tiempo, pero tiene que ver también con la regulación del cannabis recreativo.



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 9

Aquí tengo un comentario, y va a ser el último, porque no tengo más tiempo, por ustedes pero también por los otros ponentes, y es el hecho de que a veces hay una confusión entre tener un modelo para el uso médico de cannabis y cannabinoides y la regularización del consumo recreativo de cannabis. Aquí lo que vemos en la estadística que ha sido comentada por el representante de VOX está asociado a la implementación de la legislación sobre el uso médico de cannabis en Estados Unidos. Ahí el problema es que es una legislación que no ha sido implementada de forma seria. Yo hablé con el Chief Medical Officer del Estado de Colorado hace tres años y, cuando le dije que circulan algunas estadísticas que tratan de decir que no hay aumento del consumo asociado con el nuevo marco legislativo que permite el uso recreativo y otras que dicen que aumentó y le pregunté cuál es la situación, él me dijo, primero, que tenemos muy malos datos, datos insuficientes, y segundo, que de momento —hace tres años— no había evidencia de un aumento del consumo de cannabis en los menores, pero hemos visto hace cuatro, cinco o siete años un aumento de entre el 15% y el 18% desde el momento en el que se introdujo el uso médico porque no había ningún control sobre la implementación, lo que significa que si yo voy al almacén donde se vende con mi perro con un sombrero puede ser que hasta mi perro reciba una prescripción de cannabis médico, y así se ha difundido.

La forma en que se habla del uso médico de cannabis en los Estados miembros no tiene nada que ver con esto. Es decir, puede ser que en algún momento lo tengamos, pero de momento no hay ninguna previsión de que en países donde se usan extractos de cannabis, sea con THC o cualquier otro componente, esto vaya a aumentar el consumo ilícito y el consumo en la población en países que tienen un control serio del tratamiento del dolor, es decir, no como en Estados Unidos, porque no hay una protección de los consumidores como en la Unión Europea y los medicamentos se los venden como caramelos. El año pasado cien mil personas fallecieron de sobredosis con opiáceos y esta epidemia tremenda, mucho mayor...

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Señor Goosdeel, tiene que terminar.

El señor **DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODEPENDENCIAS, OEDT** (Goosdeel): Estoy terminando.

Si comparamos con lo que ha sucedido el año pasado, esta epidemia ha sido causada por una política de ausencia de control de la prescripción médica de medicamentos para el dolor. Desde este punto de vista no veo un riesgo o una probabilidad de un impacto muy importante negativo si un Estado miembro de la Unión Europea decide desarrollar más el uso de cannabinoides como parte de la oferta terapéutica.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Muchísimas gracias, señor Goosdeel, por su participación en esta Subcomisión y por haber compartido con los miembros de la misma sus conocimientos.

Interrumpimos un momento para dar paso al siguiente compareciente. Buenos días y muchas gracias.

El señor **DIRECTOR DEL OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y TOXICODEPENDENCIAS, OEDT** (Goosdeel): Muchas gracias.

### — DEL SEÑOR PÉREZ MARTÍNEZ (ANESTESIÓLOGO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO). (Número de expediente 219/000802).

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Seguimos con la siguiente comparecencia. Damos la bienvenida a don Jordi Pérez Martínez, anesthesiólogo especializado en tratamiento del dolor crónico, para que lleve a cabo esta comparecencia. Como él sabe, tiene un primer turno de intervención de unos quince minutos aproximadamente y después tendrá un segundo turno para contestar a las cuestiones que le planteen los distintos portavoces. Cuando usted quiera, puede comenzar.

El señor **PÉREZ MARTÍNEZ** (anesthesiólogo especializado en tratamiento del dolor crónico): Buenos días, muchas gracias por la invitación.

Mis credenciales son las siguientes. Yo soy médico especialista, nací, crecí y me formé en España, pero trabajo en Canadá desde hace diez años. Soy médico especialista en el tratamiento del dolor, trabajo en la unidad del dolor más antigua y más prestigiosa de Canadá y sobre el cannabis medicinal creo que tengo una experiencia que me permite poder hablar con cierta propiedad al respecto. **(Apoya su intervención con una presentación digital)**. Desde el año 2000, cuando el cannabis medicinal se legalizó en Canadá, nuestra unidad fue de las primeras que empezó a utilizarlo de forma terapéutica. Es en nuestra unidad donde

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 10

se han hecho la gran mayoría de estudios sobre el cannabis medicinal en dolor, y de alguna forma cuando me uní a la clínica pude aprender de ellos y lo he adoptado. Esta es la clínica donde yo trabajo, en la Universidad de McGill, donde el mes que viene voy a ser nombrado catedrático del dolor y voy a ser el jefe de esta unidad.

Voy a darles algunos datos para que entiendan un poco la diferencia entre Canadá y España. Canadá es veinte veces más grande que España. Tengo la doble nacionalidad, o sea que cuando hablo de Canadá también hablo de mi país. Somos menos y estamos mucho más distribuidos. Canadá es un país más rico que España —como pueden ver por el producto nacional bruto—. En Canadá el tanto por ciento del presupuesto en sanidad es mayor que el que se gasta en España. Ustedes me van a perdonar si estos datos no son totalmente correctos, mis fuentes puede que no sean las mismas que ustedes utilizan. La esperanza de vida es mayor en España. La tasa de suicidios es mayor en Canadá y eso es porque en Canadá la salud mental —comparada con la española— está muy mal. En Canadá ha muerto mucha menos gente por COVID, y eso es porque en Canadá somos más precavidos —no quiero decir conservadores porque eso tiene un tinte de derechas—; es decir, las cosas se hacen con muchísimo más cuidado y se piensan muchísimas veces antes de ir para adelante. Eso ha hecho que nuestros confinamientos hayan sido muchísimo más estrictos y nuestras políticas de vacunación muchísimo más eficaces. Encontré esta frase: España es el cuarto mejor país para vivir, pero no para prosperar. Porque en Canadá se prospera, pero es que los jueves no hay paella (**risas**), y eso no es calidad de vida.

En sanidad, Canadá está dividida en trece provincias. Cada provincia tiene la competencia en sanidad transferida, que es lo que aquí conocemos por comunidades autónomas. El modelo sanitario de Canadá es un modelo público y universal para los residentes. En España se fuma más que en Canadá —el tabaco—, pero en Canadá hay más tasa de gente que está considerada adicta al alcohol y a las sustancias, incluyendo al cannabis. El tanto por ciento de población que consume cannabis —les tengo que recordar que ahora es legal— es superior en Canadá que en España. Les quiero presentar un pequeño *timeline*, perdónenme porque está un poco ocupada esta diapositiva. El cannabis empezó por estar prohibido al principio del siglo XX y estaba prohibido por culpa de la morfina, porque la primera crisis de opioides que ocurrió en Estados Unidos fue después de la Guerra Civil. Los soldados de la Guerra Civil empezaron a consumir opioides y, como los humanos lo estropeamos todo, pues empezamos a consumir los opioides de forma irregular y esto llevó a las adicciones. Y como el cannabis también provoca adicciones, se puso en la misma bolsa y se prohibió. Progresivamente, hubo un movimiento social a favor de ver al cannabis como menos peligroso e —digamos— integrarlo más en la sociedad civil. El padre del actual primer ministro canadiense, Pierre Elliot Trudeau, dijo públicamente a unos estudiantes que no pasaba nada si te fumas un porro. Pero fue a través de dos pacientes que tenían sida que apretaron a sus parlamentarios para conseguir que se legalizara. Porque fue el sida —en San Francisco en particular, y en otros lugares— el que estaba provocando estragos y el cannabis medicinal proporcionaba una ayuda, sobre todo para los que perdían muchísimo peso y habían perdido el apetito. A través de estos pacientes que apretaron tanto, en el año 2000 se aprobó que el cannabis medicinal se pudiera utilizar, a través del autocultivo y se abrió la puerta a que hubiera productores de cannabis. En el año 2013 se cerró la puerta al autocultivo, pero se abrió muchísimo más la puerta a los cultivadores y distribuidores de cannabis medicinal. En el año 2018 —y permítanme que dé mi opinión—, se cometió el error de legalizarlo para el uso recreativo también, y digo que se cometió un error porque esto ha hecho que el cannabis medicinal en Canadá sea mucho más difícil de gestionar porque está disponible para todo el mundo.

Quiero hablar en particular de los productores del cannabis medicinal. Hay cerca de 500 empresas que cultivan, manipulan, distribuyen o venden cannabis en todo Canadá, no solo medicinal. Para uso medicinal el paciente que lo quiere necesita que un médico le haga una receta, por decirlo así. No es una receta como la usamos nosotros, pero es un documento que el paciente necesita para poder obtener el producto, tiene que estar firmado por un médico y la compra se hace *online*, no se va a ninguna tienda a comprarlo, no hay farmacias para esto. El uso recreativo es diferente, solamente se puede comprar cuando eres mayor de veintiún años, solamente se pueden comprar 30 gramos por compra. Nadie te impide que puedas comprar varias veces al día o en varias tiendas, se puede comprar *vía online* o en tienda autorizada. No se permite el cultivo de cannabis y la posesión por personas es de 150 gramos de cannabis seco o de su equivalente en extractos.

Les voy a plantear ciertos aspectos del cannabis medicinal y he hecho un ejercicio de pros y contras para intentar ser lo más objetivo posible, porque yo no vengo a venderles nada, vengo a explicarles mi historia natural con el cannabis. En Canadá cualquier médico puede indicar el cannabis medicinal. Eso está

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 11

bien porque facilita que los pacientes tengan acceso; si su médico está abierto a hacerlo, pues lo puede obtener. El problema es que gracias a eso se creó un conjunto de pseudocientíficos médicos que daban el cannabis medicinal sin poner demasiada atención al quién y al cómo. Y eso, evidentemente, era con un fin lucrativo, esta gente hizo muchísimo dinero. Hay guías de recomendación para el uso medicinal. Estas guías nos indican cómo empezar. Antes de estas guías en inglés nos decían que el cannabis medicinal había que empezar: *go slow, start low but go*. Ahora ya hablamos, incluso, de dosis, de miligramos, de formulaciones para poder empezar. Eso ayuda a que los que tengamos o que tengan menos experiencia puedan empezar siguiendo recomendaciones conservadoras. Sin embargo, las guías no están basadas en evidencia y no tenemos evidencia porque no hay ensayos clínicos apropiados. Las contraindicaciones están muy bien descritas, y esto es lo mejor. No sabemos cómo hacerlo bien, pero sabemos cómo no hacerlo mal. Y esto promueve las buenas prácticas clínicas; sin embargo, no tenemos evidencia suficiente para decir que a largo plazo el cannabis medicinal —y quiero repetir el medicinal y no el recreativo— tenga efectos. Los mejores estudios realizados —y se han hecho en Canadá— en más de un año no han demostrado efectos a largo plazo. Algunas indicaciones están muy bien definidas y a mí, como experto en dolor, me toca hacerlo. Porque en el campo del dolor es donde, probablemente, hay mayor evidencia científica y donde, probablemente, el cannabis debería ser metido antes. El segundo campo donde yo lo metería antes es en el de la oncología, pero para tratar síntomas. Como ha dicho el ponente anterior, el cannabis no sirve para curar nada, sirve para tratar cosas, pero no para curar nada. La falta de evidencia hace que se pueda intentar usar para muchas otras patologías de forma inapropiada e induciendo a errores, aunque funcione. Hay formulaciones orales en forma de aceite, hay formulaciones inhaladas —es la planta seca—. Bajo ningún concepto en Canadá se sugiere al paciente que fume, pero sí que inhale, porque las formulaciones orales te dan un control a largo plazo y las inhaladas te dan un control inmediato. Esto te permite que puedas adaptarse a los síntomas del paciente. Un paciente que tiene náuseas no se puede tomar un aceite que le va a tardar dos horas en funcionar; pero un paciente que tiene dolor siempre es razonable que, después de tomar varias dosis de aceite, tenga un nivel plasmático en cannabis que le permita controlar su dolor.

Seguimos sin tener guías claras porque no tenemos buenos estudios. Hay productos ricos en THC; ustedes saben que dentro de los componentes está el THC, que es el producto que potencialmente tiene efectos psicotrópicos, y el CBD, que es un milagro pero no sabemos cómo funciona. Esto también, una vez más, nos permite adaptarnos a las necesidades del paciente. Sin embargo, el THC tiene propiedades psicomiméticas que potencialmente pueden ser peligrosas. Nadie se ha muerto por una sobredosis de THC; es prácticamente imposible matar a alguien con THC. Sí que es verdad que si combinas el THC con un coche o con alcohol o con opioides, eso sí que puede ser letal; pero el THC por sí mismo no ha provocado muertes.

Los pacientes han tenido acceso al cannabis incluso antes de haberlo consultado con el médico. En Canadá ocurre porque como es legal el uso recreativo, pues los pacientes lo han probado y luego nos lo vienen a pedir. Eso está bien, porque al menos el paciente ya sabe que lo que ha probado le ha funcionado y ya digamos que, de alguna manera, tienes al paciente un poquito más vendido. Y lo segundo es que, desgraciadamente, aprendemos del paciente. Los médicos somos muy malos escuchando a los pacientes sobre sus consejos; ellos vienen a que nosotros les aconsejemos. Pero, en Canadá, hemos aprendido que son ellos los que nos dicen: para este síntoma me va bien esto; para aquello, me va bien aquello. Y esto lo estamos añadiendo y adoptando en nuestras prácticas clínicas. Sin embargo, crea una obligación ética, porque el paciente que te dice que le ha funcionado, si tú no crees o no sabes, le vas a decir que no le vas a dar eso porque no hay evidencias clínicas, y eso significa que dejas al paciente —con perdón— tirado. Eso tiene otro problema, y es que cuando el paciente ha probado algo en la calle y te pide que le des lo mismo, con un producto que está legalizado en el mercado, lo que ha tomado en la calle tú no lo sabes, y no lo sabes porque es ilegal, porque es artístico, y lo que se vende en las empresas es algo mucho más controlado.

El cannabis es un conjunto de productos con efectos sobre el organismo, como cualquier otra planta. No hay cactus medicinales, pero el higo chumbo sirve para tratar la diabetes y tiene efectos antiinflamatorios. El opio es una planta de la cual hemos extraído la morfina y la heroína, y sirve. Del té se saca la teofilina, que sirve para tratar el asma; y el jengibre es una planta espectacular para tratar las náuseas. ¿Son plantas medicinales? Pues sí, lo son. El problema es que sabemos que el cannabis medicinal funciona, pero no sabemos cómo; y este es un problema, porque no podemos usar el lenguaje científico que usamos en Occidente. Funciona en situaciones donde tratamientos convencionales han fallado. Esa es una gran ventaja, porque los médicos que usamos cannabis medicinal seguimos una práctica estricta, nunca como primera opción, pero raramente como última opción tampoco. Normalmente,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 12

damos cannabis medicinal añadido a algo más, esperando que los síntomas —y no la enfermedad— estén mejor tratados y esperando que el paciente tome menos de los otros productos que está tomando. Esto está bien porque da una esperanza terapéutica; sin embargo, hay pacientes que vienen con falsas expectativas y esperando milagros; y cuando el paciente viene a tu consulta pidiéndote cannabis medicinal para el dolor, cuando no ha probado las cosas que nosotros sabemos que funcionan mejor, le das mucha frustración al paciente, porque él te dice: es que como usted no cree en el cannabis. Y yo lo que digo es que creo en la medicina, y el cannabis tiene su lugar y nunca, de momento, ha estado en primer lugar. Tiene un perfil de seguridad aparentemente favorable, y me van a perdonar porque es que como no tenemos suficientes evidencias, pues yo creo que es aparentemente favorable, pero alguien dirá que es aparentemente desfavorable; estamos en el medio. Pero, no hay duda de que es más seguro que otros productos farmacéuticos de uso habitual, y yo, en particular, tengo que compararlo con los opiáceos. Los opiáceos son muchísimo más peligrosos que el cannabis medicinal; no tengo ninguna duda. Sin embargo, todo lo natural no es inocuo. Incluso, el agua puede matar si bebes muchísima. Y no queda ninguna duda de que el THC genera adicción. Por lo tanto, lo que es evidente es que es un producto que puede ser eficaz, pero hay que hacerlo siguiendo normas.

Gracias al cannabis medicinal se usan menos fármacos. Lo primero que me piden mis pacientes cuando les funciona es: ¿me puede usted quitar la morfina, por favor? Esto ocurre siempre. Y, en particular, en Canadá, donde también nos tocó la crisis de opioides, no tanto como en Estados Unidos porque somos más conservadores, pero nos tocó, gracias al cannabis se está consiguiendo que algunos de nuestros pacientes no tomen tantos o no tomen opioides, y esa es una gran ventaja. Pero si el cannabis funciona mucho, también puede provocar efectos de adicción, a lo mejor vamos a sustituir la crisis de opioides por la crisis de cannabinoides. Yo creo que no, pero es un riesgo que tenemos que tener en cuenta. No es obligatorio prescribirlo porque no está en las guías clínicas; nadie te va a decir: esto es lo que hay que hacer y, si no, te voy a denunciar. Como cuando alguien tiene una amigdalitis y no le dan un antibiótico. Esto le quita presión al facultativo, porque el facultativo no está obligado a dar algo, porque como no está en las guías clínicas, si crees o sabes lo haces, y si no, pues no lo haces. Pero esto obliga al paciente que piensa que le puede funcionar a que se busque la vida, y esto no es apropiado, porque se buscan la vida en pseudocientíficos o en el mercado negro.

Ya acabo. El formulario de autorización que tenemos en Canadá indica la cantidad y la duración, y esto nos permite hacerlo con ciertas guías. Pero, en ocasiones, imponen límites que pueden ser arbitrarios cuando el facultativo no tiene suficiente experiencia o no tiene suficiente conocimiento. No está cubierto por el sistema público canadiense, y el cannabis es caro, sobre todo el CBD. Por lo tanto, es bueno porque no tiene impacto sobre el gasto sanitario canadiense, pero tiene impacto sobre el gasto sanitario del paciente. En los pacientes donde yo usaría más cannabis es en los pacientes con síntomas de dolor oncológico, y a estos pacientes no se lo puedo dar porque no tienen dinero. El producto solo se obtiene de fuentes con licencia. Igual que cuando aquí compramos aspirina, la compramos en una farmacia donde sabemos que entre el 80% y el 100% de esa pastilla que nos venden es aspirina, allí es lo mismo; es decir, que es un producto seguro y constante. Sabemos que es un cannabis medicinal que no tiene aditivos, que es un producto que no está contaminado y que se han usado productos químicos que no van en contra del cuerpo humano. Sin embargo, en ocasiones, los productores se quedan sin producto, y esto hace que nuestros pacientes sufran porque tienen que buscar algo parecido.

Mis conclusiones. ¿Qué se ha hecho menos bien y qué es mejorable? Ahora mismo, el cannabis medicinal en Canadá es más caro que el cannabis recreativo, y esa es una auténtica tragedia, porque cuando yo le quiero dar cannabis medicinal a un paciente me dice: pues, si me voy a la tienda, lo voy a comprar más barato. El problema es que en la tienda el que le va a recomendar cannabis medicinal es un vendedor, no es un médico, y eso es simplemente incorrecto. Por eso, yo creo que el cannabis medicinal tiene que ir muchísimo más por delante que el cannabis recreativo. Los productores han tenido carta blanca para producir y vender, sin tener en cuenta que lo que están vendiendo está basado en evidencia cero. Los productores nos vienen a la clínica a vender nuevos productos cannabinoides o nuevos ositos de goma con cannabis, y esto está mucho más allá de lo que es la ciencia. La sanidad de Canadá pone demasiadas barreras para hacer investigación. La gracia de legalizar un producto es que se pueda hacer investigación, que es lo que no tenemos. En Canadá han abierto la puerta a la investigación, pero han puesto muchísimas barreras para poder hacerla como nosotros podemos hacerla. Por eso no lo hacemos.

En mi opinión, la regulación médica tiene que ir por delante de la recreativa. Los prescriptores necesitan una formación específica, porque así nos aseguraremos de que nadie va a hacer negocio

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 13

haciendo las cosas mal. Si hacen negocio haciendo las cosas bien es cosa suya, pero, por lo menos, no lo harán haciendo las cosas mal. Los productos disponibles han de ser considerados fármacos. Creo que fármaco significa algo que está bien controlado y que está dispensando por alguien que sabe lo que está haciendo. Y los productores deberían promover la investigación; es decir, el dinero que van a ganar produciendo estos fármacos o estos productos debería estar volcado en hacer investigación.

Con esto he acabado mi presentación; espero que les haya sido de utilidad.

Muchas gracias.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Muchas gracias, señor Pérez Martínez.

Pasamos al turno de los grupos parlamentarios. Por el Grupo Parlamentario Vasco, tiene la palabra la señora Gorospe.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Señor Pérez, gracias por su información. Hemos intentado sacar alguna foto y no se ve muy bien, así que agradeceremos que nos aporte esta documentación para poder tenerla en cuenta.

Ha hecho afirmaciones chocantes. Usted es un estudioso en Canadá, donde hay una amplia experiencia en esta cuestión, como decía, tanto en el ámbito del uso terapéutico como en el recreativo. Pero, circunscribiéndonos al ámbito del uso terapéutico medicinal —que es para lo que estamos trabajando en esta Subcomisión—, usted dice que saben que funciona pero no cómo y que es necesario avanzar en la investigación. ¿Cuáles son las barreras que hay que eliminar? Usted es defensor —lo he leído en alguna ocasión— de que para avanzar en la investigación es necesario avanzar en la regulación. ¿Cómo deberíamos dar esos pasos? ¿Qué pasos se deberían dar con esa precaución a la que usted se refería por su condición de canadiense, ya que dice usted que son precavidos? ¿Qué pasos deberíamos dar para trabajar bien? Usted nos ha expuesto aquí la experiencia de Canadá y hemos tenido oportunidad de escuchar la de Grecia y la de Portugal, pero no podemos decir que ninguna de las fórmulas que nos están exponiendo funcione bien para poder tener estas experiencias en cuenta. ¿Por qué hay tantas barreras, por qué hay tantas limitaciones y por qué hay tan pocas experiencias de éxito —a mi juicio, por lo que voy escuchando— para poder tenerlas en cuenta y que los pasos que se den con precaución sean acertados? Esa regulación en la que usted dice que se debería avanzar —nosotros también pensamos así—, ¿en qué sentido debe ir y cuál es a su juicio aquella que deberíamos contemplar y analizar con más interés? Lo digo por si ha tenido la oportunidad de estudiar otras experiencias en otros ámbitos.

Gracias.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Gracias, señora Gorospe.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenido, doctor Jordi Pérez.

La mayoría de los comparecientes que se han opuesto al uso medicinal del *Cannabis sativa* se basan en estudios realizados en personas adictas al cannabis, es decir, que no toman el cannabis para tratar un problema médico como puede ser el dolor, sino que es un consumo de finalidad no médica. Sin embargo, no hay estudios concluyentes en personas que lo consumen como tratamiento médico. Como usted ha señalado, los estudios no son concluyentes y, además, es difícil iniciar ese tipo de estudio. Entonces, ¿cree usted que los estudios que han presentado aquí de los grupos de adicciones no pueden extrapolarse a las personas que lo consumen con finalidad médica? ¿No debe ser decisiva esta extrapolación para decidir si regular el cannabis o no regularlo?

La siguiente pregunta es sobre los problemas de normalización de la dosis del cannabis natural. Dada la realidad, ¿no sería mejor eliminar el ensayo clínico —no considerarlo absolutamente necesario— y simplemente aceptar el hecho de que mucha gente usa cannabis como tratamiento, con finalidad médica y no recreativa? Ante esa realidad, ¿no es responsabilidad de los gobiernos que el consumo de cannabis sea lo más seguro posible? ¿No debe ser esa la finalidad? Y usted ha dicho claramente que está en contra del autocultivo. Se lo iba a preguntar, pero ya lo ha dicho.

Gracias.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Gracias, señora Medel.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 14

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Muchas gracias, doctor Pérez.

Primero, le agradezco la sinceridad con la que ha expuesto sus opiniones. Aquí hay varios médicos, uno de ellos el doctor Salvá y yo mismo. Entonces, viniendo usted de la Universidad de McGill, sede de la Fundación Cochrane, yo esperaba más estudios de evidencia científica, pero usted nos ha dado su opinión en virtud de su autoridad. Ya sabe que Aristóteles hacía una distinción entre la *doxa*, la opinión, y la *episteme*. Con todo el respeto, me parece que se ha confundido de audiencia, porque esto es el Parlamento. También se ha confundido en la comparación —yo se lo digo con todo el cariño— de España y Canadá. En cuanto a vacunas, España, 86,3% de la población con la dosis completa y Canadá, 82,4%; *boosters*, 52% *versus* 48%. Además, la proporción de pacientes mayores en España vacunados completamente es mayor que la de Canadá. Solamente son datos para sus próximas conferencias para que, como usted es canadiense y español y tiene el corazón partido, pueda decir la verdad en este sentido.

Yo le quiero preguntar lo siguiente. Usted ha sido cándido, en el sentido en que los ingleses usan *candid*, y nos ha dicho que realmente usted no estaba a favor de la legalización del uso recreativo. Doctor Pérez, la pregunta es la siguiente: ¿cuánto habrá influido esa legalización de uso medicinal en la legalización del uso recreativo? Por los anteriores comparecientes, me da la impresión de que primero fue la llamada necesidad social, que fácilmente se puede atribuir a grupos de presión, o bien a esta frase tan famosa de Justin Trudeau: Si esta sustancia te hace sentir bien, no puede ser delito. Imagínese lo que dijo Justin Trudeau. Claro, que así va Canadá con su hijo ahora mismo; es una opinión política. El Estado canadiense, en la provincia de Saskatchewan, se convirtió en un gran productor de cannabis, y eso lo abandonaron no sé por qué razón. Usted no está a favor del uso recreativo por todas las contraindicaciones y efectos secundarios —psicosis, ansiedad, depresión, efectos cardiovasculares, etcétera—, pero yo le quería preguntar si usted conoce algún estudio en el que se demuestre alguna relación, correlación o asociación entre la legalización del uso medicinal y el crecimiento del uso recreativo. La doctora Cerdá nos dijo que sí, al menos en Estados Unidos. Además, yo le iba a preguntar si tenía usted algún conflicto de intereses, pero, como ha dicho que está en contra del uso recreativo, supongo que no tendrá ninguno llamativo.

Por último, para las próximas presentaciones, ¿no sería bueno que separasen ustedes, por un lado, los efectos de los cannabinoides y, por otro lado, el uso de la planta, aunque no sea el higo chumbo que, como usted ha dicho, tiene efectos?

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Señor Steegman, tiene usted que terminar, por favor.

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Termino en dos segundos.

¿No sería bueno separarlo en nuestras mentes? Me ha entendido perfectamente: separar los cannabinoides de la marihuana. Creo que esto sería interesante.

Muchas gracias de nuevo, doctor Pérez.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Gracias, señor Steegmann.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Castillo.

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Gracias, presidenta.

Buenos días, señorías. Comienzo mi intervención, como no puede ser de otra manera, agradeciendo la presencia del señor Pérez Martínez en esta Subcomisión, fundamentalmente por su amplia experiencia en el modelo de legalización del cannabis en Canadá, primero para uso terapéutico y, después, para uso recreativo. El Partido Popular está muy interesado en los modelos cuyo foco principal es el de la salud pública por encima de la parte económica o de cualquier posible mercado que se pueda generar en nuestro país. Como bien ha dicho usted, hacer negocio haciendo las cosas bien, sí, pero no como una carta blanca para producir y para vender.

Como especialista en el dolor crónico y definiéndose como se define como firme defensor de la evidencia científica —y, por tanto, de un aval de calidad, seguridad y eficacia—, nos choca leer que apoya usted sin ambigüedades el uso terapéutico del cannabis. Y le pregunto: ¿propone usted legalizarlo sin tener una evidencia científica sólida para conseguir más experiencia, mayor investigación, mejores productos y, en consecuencia, un avance en la ciencia, como hemos podido leer en algunas de esas entrevistas? ¿Cree usted que la hoja de ruta que se ha llevado a cabo en Canadá es un modelo a extrapolar o a seguir en otros países donde se plantea esa posibilidad, como el nuestro? ¿Qué nos aporta para la salud el hecho de tener una nueva sustancia si esa sustancia no está contrastada, señor Pérez?

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 15

Usted reconoce que hay poca investigación y que el cannabis preocupa porque puede convertirse en un problema de salud igual que el que existe actualmente con los opioides; una sustancia que *a priori* puede parecer natural y segura al final puede que acabe derivando en *crack*, por ejemplo. ¿Cree usted que el 60% de conocimiento sobre una materia —y ese 60% lo ha cuantificado usted en alguno de sus documentos, no yo— es suficiente marco para legalizar una sustancia?

Hemos podido leer también que usted anima a los pacientes a que aprieten a los gobiernos y no a las sociedades científicas, y eso nos preocupa, porque parece una contradicción promover la aprobación de cualquier cosa por medio de la presión social y no basándose en una alta evidencia científica, que es lo que promueve y propone el Partido Popular.

Ya voy terminando, presidenta. La legalización para uso terapéutico siempre que los productos sean seguros, sí, pero ustedes han visto que en Canadá ha aumentado el precio y, por tanto, ha aumentado el mercado ilegal —que es más barato—, lo que lleva a la inseguridad, cerrando un círculo vicioso que pierde el origen de la seguridad que buscaba la legalización.

Mi última pregunta, presidenta. ¿Qué hoja de ruta cree usted que debería seguir nuestro país? ¿Cree usted que se debería poner en marcha un proyecto piloto que conduzca a una evidencia científica más clara y más sólida? ¿Cree que se debe seguir un modelo similar al que ha promovido Canadá? ¿Qué experiencia cree usted que sería buena para nuestro país?

Muchísimas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Gracias, señora Castillo.

Para concluir este turno, por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la señora Josefa Andrés.

La señora **ANDRÉS BAREA**: Gracias, presidenta.

Hemos visto en las dos últimas intervenciones cómo nos veníamos arriba y cómo fortalecíamos el Estado español diciendo que hemos vacunado estupendamente, cosa que le agradezco al señor Steegmann que reconozca. **(Aplausos)**. Yo le agradezco que usted venga con una comparación entre el sistema sanitario canadiense y el sistema sanitario español, pero la diferencia —y usted lo sabe perfectamente— es la densidad poblacional entre Canadá y España; en Canadá es 4,3 habitantes por kilómetro cuadrado y aquí creo que somos más de 94, o sea que la diferencia es importante.

Creo que habría que matizar algunas cuestiones. Dice que no existe bastante evidencia científica y que no se hacen los ensayos clínicos apropiados. ¿Por qué no se hacen? En concreto, en Canadá usted ha dicho que es muy restrictiva la investigación, pero en Europa —según el informe del interviniente anterior— también es débil, muy débil o moderada. ¿Es porque se invierte poco en la investigación en este sentido o porque no se sabe cómo funciona el cannabis y no sabemos cómo hacer la investigación? Lo digo porque, tal como lo dice usted, parece que no se dedica a investigar y me gustaría dejar clara esta cuestión. ¿Cuáles son los impedimentos que evitan profundizar en la investigación?

Luego, en cuanto a las expectativas del uso del cannabis, independientemente de lo que la derecha transmita respecto al tema de interés económico, aquí lo que se busca es el interés y la respuesta a la ciudadanía. Relación riesgos-beneficios. Usted ha hablado del dolor oncológico. ¿Nos podría decir en qué grado es el dolor oncológico? Aquí hay dos médicos, pero el resto de los mortales a lo mejor no sabemos cuál es el dolor oncológico. Seguramente esta gente utiliza otro tipo de medicamentos bastante tóxicos si se considera que es suficiente la gravedad.

Respecto a los efectos secundarios, usted ha dicho que produce adicción. Es evidente que una persona no va a morir por un exceso de THC, pero produce adicción. ¿Cuál es la relación riesgo-beneficio a largo plazo, como usted ha dicho? ¿Podría poner algún ejemplo en este sentido para que lo tengamos más claro?

Muchas gracias.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Gracias, señora Andrés Barea.

Tiene usted la palabra, señor Pérez, para contestar o matizar lo que usted crea conveniente en esta segunda intervención.

El señor **PÉREZ MARTÍNEZ** (anestesiólogo especializado en tratamiento del dolor crónico): Respondiendo a la señora Gorospe, la presentación la tienen aquí, o sea que la pueden pedir.

Desafortunadamente, para avanzar en la investigación se necesita que las compañías farmacéuticas acepten poner dinero sin ganar mucho a cambio. No se puede patentar una planta. Ese es el problema. Se puede patentar una molécula, pero no una planta. Se puede patentar una forma de administración de una

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 16

planta, pero no una planta. Ese es el problema, que las grandes empresas farmacéuticas hacen dinero cuando encuentran una molécula que funciona espectacularmente, por ejemplo, el sildenafil, la viagra o la pregabalina. Estos son *blockbusters*, porque han encontrado una molécula que se puede comparar con nada —que es el placebo— y se ven los efectos claramente. Pero a nadie le interesa hacer una investigación con una planta porque, después de gastarse muchísimos millones en hacerla, la compañía de al lado va a vender la misma planta con el mismo porcentaje de THC, CBD y de muchas otras cosas que tiene esa planta usando su investigación. Ese es uno de los grandes problemas.

Contestando al doctor Steegmann, los médicos no queremos usar cannabis medicinal porque no nos han enseñado a hacer herboterapia. Nos han enseñado a hacer medicina occidental, que es con el producto. Yo quiero saber cuál es la dosis de THC que le quiero dar al paciente, no quiero saber la dosis de cannabis medicinal. El problema es que no hemos sabido o no hemos sido capaces de separar la planta en productos. Paracelso cogió el opio, le puso alcohol y lo llamó láudano, pero esa no es la medicina que queremos hacer. Lo que queremos hacer es lo que hicieron los alemanes, que cogieron el opio e hicieron morfina. Ya no damos opio a la gente, damos morfina. El problema es que tenemos que hacer investigación ahí. El problema es que en Canadá —y espero que también en España, si ustedes tiran para adelante— deben promover muchísimo la investigación a nivel molecular, a nivel de laboratorios y a nivel de bioquímica para poder hacerlo. Yo no quiero en el futuro tratar a mis pacientes con extractos de cannabis y con planta. Yo quiero tener un producto que funcione bien, pero ahora mismo no lo hay. Por lo tanto, me veo obligado a hacer herboterapia y esto no es lo que me gusta hacer, aunque sé que les funciona. Hacer investigación con herboterapia es prácticamente imposible, lo que pasa es que tenemos un cargo ético porque estos pacientes usan herboterapia y les funciona. ¿Y cómo le vas a quitar esto a un paciente? Lo que ha pasado con el Epidiolex —que es un CBD— es exactamente eso y eso es lo que tenemos que hacer. Se ha sacado un producto de la planta y ese producto funciona bastante bien en casos muy extremos de síndromes neurológicos con los que los pobres niños no paran de tener ataques epilépticos. Ese es un gran éxito. En el campo del dolor tenemos que hacer lo mismo, pero hay una segunda dificultad en la investigación. Es muy fácil hacer investigación sobre la prevención del riesgo cardiovascular y de los accidentes vasculares, pero en dolor es muy difícil porque el dolor es una sensación. Mi dolor no es tu dolor ni es su dolor, por lo que poner a los pacientes en el mismo cajón es extremadamente difícil. Por eso, en el dolor avanzamos mucho más lentamente que en muchas otras especialidades.

Voy a intentar contestar a todo. Es cierto, señora Medel, que los estudios se han hecho con adictos y que es una población totalmente diferente. Desde el dolor, nosotros miramos a los adictos para saber qué ocurre cuando toman opioides de forma muy prolongada y, gracias a ellos, sabemos que los opioides que nosotros les damos a los pacientes también provocan efectos secundarios, pero lo hemos aprendido de las clínicas de metadona. Aprender de los que toman cannabis recreativo por adicción creo que es un error, creo que es un error aprender de ellos. No existe suficiente evidencia para decir que los pacientes que usan cannabis medicinal bajo control médico se vayan a convertir en adictos. No existe esa evidencia, pero la falta de evidencia no significa que no sea verdad. Por lo tanto, como en el tenis, aquí la pelota está en la red y puede ir hacia un lado o hacia el otro. De la misma manera que los médicos prescribimos opioides y hacemos lo posible para que nuestros pacientes no se conviertan en adictos —y el riesgo es muchísimo mayor—, yo creo que no vamos a dejar que nuestros pacientes se conviertan en adictos al cannabis; ya hemos aprendido de los opioides y nos hemos convertido en más papistas que el Papa. Yo me paso más rato hablando a mi paciente de cannabis medicinal que de opioides y no es necesario porque el cannabis es mucho menos peligroso y mucho menos adictivo que los opioides, pero lo hago porque hemos aprendido que tenemos que hacer las cosas mejor de lo que las hicimos con los opioides.

Señora Medel, sobre la idea de quitarle la responsabilidad al médico y que cultiven sus plantas, si queremos que sea medicinal tenemos que meter al médico. Los médicos tenemos una mente muy cuadrículada en la que dos y dos son cuatro, pero en cannabis medicinal dos y dos está entre tres y cinco. No sabemos y esa es una auténtica tragedia.

Doctor Steegmann, es cierto, hay falta de evidencia, es así. La estadística es el arte de torturar los números hasta que te confirman lo que tú quieres demostrar y, desafortunadamente, en cannabis medicinal la estadística se usa como un arma de doble filo. Hay muchísimas más revisiones y metaanálisis que estudios bien hechos. Es otra vergüenza porque no se puede andar así; lo que hay que hacer es realizar estudios como Dios manda y punto.

Yo no estoy totalmente en desacuerdo con la legalización del cannabis recreativo, igual que no lo estoy con que el alcohol y el tabaco sean legales. No estoy en desacuerdo, pero yo estoy aquí para hablar



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 17

del cannabis medicinal. Creo que es posible que el cannabis medicinal abra la puerta a que el cannabis recreativo se apruebe, es posible. ¿Eso es malo? Ustedes lo sabrán. ¿Es malo en países donde ha ocurrido? Mírenlo y ustedes lo dirán. Yo creo que la legalización del cannabis recreativo en Canadá no ha sido un desastre, no lo ha sido. No ha tenido una gran consecuencia para la sociedad. El mercado negro no ha desaparecido porque a nadie le gusta pagar impuestos. Si puedes conseguir algo más barato que te vende un cuñado, ¿por qué no?

Y sí, tengo conflictos de intereses. Yo he participado en estudios clínicos patrocinados por laboratorios y hay laboratorios canadienses que me pagan por enseñar a otros médicos cómo hacer cannabis medicinal. Tengo conflictos de intereses.

Señora Castillo, me ha preguntado para qué legalizar. Para hacer bien la investigación, para tomar los datos que necesitamos para demostrar que funciona o no funciona. Ahora mismo no lo sabemos y esa es simplemente una tragedia. Los pacientes están convencidos de que funciona, los talibanes del cannabis están convencidos de que funciona, pero luego tenemos el otro espectro de los que están totalmente en contra porque no hay evidencias. Yo estuve durante un mes en una unidad del dolor en Oxford, que es donde se creó la medicina basada en la evidencia, y recuerdo que la persona que más ha publicado sobre medicina basada en la evidencia se trataba su propio dolor crónico con un producto que no estaba basado en la evidencia. Una cosa es lo que se publica y otra es lo que haces contigo y con tus pacientes. Con el paciente que tienes delante tienes que hacerlo lo mejor posible y en ocasiones lo mejor posible no es lo que te dicen las guías clínicas, porque las guías clínicas solamente te permiten trabajar con el 80 o el 90% de tus pacientes. Pero ¿y el 10% que no responde? ¿Qué hacemos con ellos? ¿Les echamos de la clínica porque no tenemos nada? Eso no es posible. Ha preguntado también qué aporta a la salud la legalización si no está contrastada. Lo que aporta es que la tenemos que contrastar. Con eso espero haberle respondido.

En cuanto a apretar a los gobiernos, en Canadá hay una cosa que aquí no existe. En Canadá tú has votado a un representante en el Parlamento —no es como aquí— y, por lo tanto, tienes derecho a ir a hablar con el señor al que tú has votado y que se sienta representándote en la corte en Ottawa y decirle: Yo te he votado y me gustaría que esto fuera así. Aquí no existe, no sé si es mejor o peor.

Señor Andrés... **(El señor Vicente Viondi: Señora)**. Perdón, señora Andrés, el dolor oncológico es el dolor provocado por un cáncer. Es uno de los peores dolores que existen porque te está recordando que te estás muriendo. Bastante malo es morir como para que encima haya un síntoma que te lo esté recordando todo el rato. El cannabis medicinal puede ayudar a disminuir el dolor oncológico. En mi opinión, en esos casos nunca va a sustituir a la morfina, pero ayuda a que mis pacientes tomen menos morfina. El cannabis medicinal ayuda a que mis pacientes estén más tranquilos y no sufran tanto. El dolor es una emoción, no solamente algo físico, y los pacientes que toman cannabis medicinal y morfina sufren menos. Son pacientes que se someten a tratamientos extremadamente agresivos y las consecuencias de esos tratamientos son menos agresivas gracias al cannabis medicinal en algunas ocasiones. Por eso, creo que el dolor oncológico sería la situación ideal para empezar.

No sabemos cuál es la relación riesgo-beneficio a largo plazo, otra tragedia. Yo creo que a largo plazo no lo habrá, al igual que sabemos que a largo plazo la nicotina por sí misma no tiene un efecto deletéreo; lo tiene el tabaco, pero no la nicotina. El cannabis es menos adictivo que la nicotina. Por lo tanto, yo pienso que a largo plazo nos vamos a encontrar con que es un producto que en algunos pacientes se puede convertir en un problema grave, pero, si hacemos la medicina como nos han enseñado —porque hemos salido escaldados por culpa de los opioides—, yo creo que lo haremos bien.

Creo que he acabado con todas las preguntas; espero haberlas cubierto todas.

La señora **SECRETARIA** (Angulo Romero): Muchas gracias, señor Pérez Martínez, por su comparecencia.

Interrumpimos un momento la sesión para dar paso al siguiente compareciente. **(Pausa.—La señora presidenta ocupa la Presidencia)**.

— **DEL SEÑOR LÓPEZ PELAYO (MÉDICO PSIQUIATRA DE LA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL INSTITUT CLÍNIC DE NEUROCIENCIAS)**. (Número de expediente 219/000803).

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión.

En primer lugar, quiero darle la bienvenida al señor López Pelayo, médico psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Institut Clínic de Neurociencias. Quiero agradecerle su presencia aquí, como al

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 18

resto de comparecientes; es importante para esta Comisión escuchar la voz de los comparecientes para poder hacer el trabajo y el estudio que tenemos por delante.

Ya sabe cómo es la dinámica, los portavoces también, así que, sin más, tiene la palabra.

El señor **LÓPEZ PELAYO** (médico psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Institut Clínic de Neurociències): Muchas gracias por la invitación, sobre todo, porque creo que cuando hablamos de cannabis es importante tener la visión de los médicos, y especialmente de los psiquiatras. Entiendo que estoy en esta Comisión en calidad de investigador, pero también de clínico que trabaja con pacientes que consumen cannabis y que alguna vez tienen problemas derivados de ello, y por la parte de investigación que me toca, en todo aquello que hemos trabajado en el Hospital Clínic y en el grupo de investigación que lidero en adicciones, para definir lo que es un consumo de riesgo de cannabis, como lo tenemos definido en otras sustancias, y así intentar minimizar el impacto de las mismas. En definitiva, tenemos todos una responsabilidad muy importante aquí, yo como compareciente, ustedes, diputados, como representantes de los votantes, y vivimos una circunstancia excepcional. No recuerdo que con otras sustancias hayamos tenido una comisión, y es una pena. No digo como algo negativo lo de la excepcionalidad, seguramente es una cosa positiva que podamos debatir de todo esto y aquí les animo a que con otras sustancias que nos pueden poner en aprieto a los médicos a la hora de prescribir tomen iniciativas similares.

Lógicamente, voy a tener una perspectiva médica y psiquiátrica. No pretendo que sea la única ni que tenga la razón en todo, y seguramente habrá cosas en las que me equivoque. He hecho este disclaimer, y también quiero decir, sobre mi conflicto de intereses, que yo no recibo pagos directamente de ninguna farmacéutica para investigar en cannabis, ni formar ni nada parecido. Sí es verdad que he recibido apoyo a la investigación por el Plan Nacional sobre Drogas para investigar los daños derivados del cannabis, y encaja con esta visión que yo puedo tener, que puede ser sesgada, pero, desde luego, está basada en la evidencia.

El anterior compareciente, el doctor Pérez, decía textualmente: Si queremos que sea medicinal, tenemos que meter al médico. Meter al médico quiere decir hacer un buen balance de riesgo-beneficio, que es lo que hacemos continuamente los médicos en nuestra práctica clínica, balancear el riesgo-beneficio. Y no es una cosa que hagamos solos, es una cosas en la que necesitamos a las agencias reguladoras, que son las que definen qué es un fármaco o qué no es un fármaco, qué indicación tiene. Necesitamos a las sociedades científicas, que nos ayudan a tomar decisiones cuando las indicaciones no están claras, cuando trabajamos fuera de indicación, cuando trabajamos en función de guías clínicas con un grado de evidencia menor. También necesitamos a los pacientes, porque, al final, cada vez más en medicina tomamos decisiones compartidas, siempre basándonos en una ética y en unos principios éticos de no maleficencia, justicia equitativa, beneficencia, especialmente, y autonomía del paciente.

Para tener un fármaco necesitamos un principio activo, una posología, una vía de administración, unas indicaciones, unas contraindicaciones, unas poblaciones especiales con las que tenemos que tener mayores precauciones y unas interacciones claras. Lógicamente, cuando hablamos de cannabis medicinal el modelo Epidiolex es un modelo mucho más claro, mucho más evidente, mucho más cercano a lo que hacemos en nuestro día a día. Si bajamos un peldaño, nos iremos a los preparados normalizados, que tienen algunos países, en los cuales las concentraciones de THC y CBD están claras. Si bajamos un peldaño más, estamos en fórmulas magistrales. Y si ya nos vamos al último de los peldaños, nos vamos al cannabis crudo, que se puede obtener por autocultivo o por otras fórmulas. Lógicamente, va a ser más fácil valorar el riesgo-beneficio cuanto más arriba estemos de esta escalera, de estos peldaños, cuando el medicamento va a ser mucho más sencillo, que no con el cannabis crudo, porque el cannabis crudo, en definitiva, tiene más de cien cannabinoides, entre otras moléculas.

Es importante la vía de administración. Desde luego, cannabis medicinal y vía fumada parecen totalmente antagónicos, incompatibles. La vía oral también tiene sus problemas. Y la vía inhalada —que varios ponentes han explorado—, lógicamente, es una vía rápida, seguramente más segura que la oral y la fumada, pero que también tiene sus problemas, sobre todo desde un punto de vista de adicción. Sabemos que cuando las drogas son inhaladas —el tabaco es un ejemplo— no hay paso por la vía hepática, y esto hace que el efecto sea mucho más rápido y que tenga un impacto también sobre el desarrollo de las adicciones.

En cuanto a indicaciones, no voy a entrar en las relativas al dolor o en las asociadas al VIH o al cáncer, porque no es mi campo y porque han tenido al doctor Maldonado y al doctor Pérez, que lo han

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 19

explicado mucho mejor de lo que yo voy a ser capaz de hacerlo, pero sí me voy a centrar en las adicciones y en la salud mental, que, al final, es mi ámbito de trabajo.

En salud mental tenemos una molécula, el cannabidiol, que es muy prometedora para esquizofrenia, para determinadas adicciones como al cannabis propiamente, como a la cocaína, para la ansiedad, para la depresión, pero no deja de ser prometedora; todavía falta evidencia sólida. El THC o los agonistas cannabinoideos para el trastorno por estrés postraumático, para el trastorno por consumo de cannabis propiamente, incluso para el insomnio asociado a condiciones neurológicas, y siempre a corto plazo, podría tener un sentido, pero nuevamente nos movemos en un campo donde la evidencia científica es muy limitada. Esto no es algo que diga yo, esto es algo que nos dice el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanía, nos lo dice la *Guía clínica de cannabis* de Socidrogalcohol, que yo he coordinado —no he escrito estos capítulos, pero la he coordinado y supervisado— y nos lo dice también la NASEM de Estados Unidos. En definitiva, las indicaciones para la salud mental en las adicciones no están muy claras.

Otro aspecto a tener en cuenta es si hablamos de primera línea, segunda línea, uso compasivo. Creo que en salud mental y en adicciones está bastante claro que no va a ser primera línea, con la evidencia científica que tenemos; segunda línea, difícilmente, y es posible que algunos preparados farmacéuticos como uso compasivo tengan sentido, y ya veremos si más adelante también tendrían sentido los preparados normalizados. En esto hay experiencia en otros países que nos pueden informar de una evidencia favorable o no. No es lo mismo que sea para enfermedades graves, terminales, como el cáncer en sus fases más finales, que para tratamientos crónicos; si es una sustancia potencialmente adictiva, lógicamente el tiempo de tratamiento también tiene un impacto. Sabemos que en todas las sustancias, aparte de factores de vulnerabilidad individual, también están relacionados con la dosis administrada a lo largo de la vida. Esto tiene mucho que ver con la duración del tratamiento y con las dosis de tratamiento y la dosis techo.

En cuanto a los riesgos, lo han dicho otros ponentes, pero voy a insistir: gran parte de la evidencia científica que tenemos deriva del cannabis recreacional o de la población general, pero hay poca evidencia sobre el cannabis terapéutico. Hay un estudio del doctor David Nutt, del año 2010, en *The Lancet*, que ordenaba catorce drogas de uso más frecuente en cuanto a sus daños para la salud y la situaba en la octava posición de catorce, con una puntuación en un *score* de 20 sobre 100. Seguramente, no estamos ante la sustancia con potencial adictivo más peligrosa, pero esto no quiere decir que no tenga riesgos, y a corto plazo —lo sabemos por los estudios en cannabis medicinal en otros países— son generalmente leves, pero el riesgo es tres veces mayor que contra placebo, y son básicamente mareos, sequedad de boca, náuseas. Y los graves, aunque son más raros, son un 40% más frecuentes que *versus* placebo, y llegan a las psicosis o a la confusión. A largo plazo es donde tenemos más incógnitas. Sabemos que hay daños directos. Respecto del cannabis recreacional sabemos que uno de cada diez usuarios puede desarrollar una adicción, siendo más frecuente cuando el consumo debuta en la adolescencia. También hay algún estudio, pero muy preliminar, en cuanto a que el cannabis medicinal es para indicación, sobre todo, cuando el problema es de salud mental, depresión, ansiedad e insomnio, y también podría estar aumentado el riesgo de dependencia. Salud mental, psicosis, ansiedad, depresión, trastornos cognitivos, conocemos esto de la evidencia del cannabis recreacional, insisto, si bien a nivel cardiovascular y a nivel gastrointestinal también tiene un impacto y, si la vía es fumada, también tiene un impacto a nivel sistema respiratorio.

Asimismo decía que hay poblaciones especialmente vulnerables, como embarazadas, lactantes y jóvenes. Cuando hablamos de jóvenes no tenemos que poner el punto de corte en dieciocho años. Hay países que para el cannabis recreacional, pero también en otras circunstancias, ponen el corte a los 21 años, e incluso podría tener sentido desde un punto de neurobiológico alargarlo a los 25 años. Personas de edad avanzada, por los problemas cognitivos; poblaciones con trastornos de salud mental, especialmente esquizofrenia, pero también poblaciones con trastornos por consumo de otras sustancias; conductores profesionales de maquinaria peligrosa; población con deterioro cognitivo y población con problemas cardiovasculares. Estas son poblaciones a las que cualquier tipo de regulación debería intentar proteger y evitar o minimizar el acceso a cualquier tipo de cannabis, sea medicinal o no.

¿Cómo controlar los riesgos? La primera pregunta es: ¿puede prescribir cualquier médico, solo el especialista o unidades especializadas?, ¿en el ámbito público únicamente o en el ámbito público y privado? Estas son preguntas que no son de blanco y negro. Si somos muy restrictivos, se va a limitar el acceso; si somos muy permeables, vamos a tener que controlar los daños a posteriori. ¿Qué formación van a tener los médicos? Porque si la formación —y cojo el ejemplo de los opioides— está basada en lo que deciden las farmacéuticas que los fabrican, no vamos muy bien. Tendría que ser formación independiente y facilitada por las instituciones públicas probablemente. ¿Quién lo va a administrar? ¿Una

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 20

oficina de farmacia, una oficina de farmacia especializada, centros especializados? Yo vengo del campo de las adicciones y sabéis que la metadona se puede prescribir solo en el medio hospitalario y en centros de atención a drogodependientes, que es un sistema que funciona relativamente bien porque puede acceder todo aquel que quiere acceder a la sustancia, al tratamiento en este caso, y hacerlo de una manera segura. Al final, se trata de equilibrar el acceso a la sustancia y la protección de la salud, pero no solo la protección de la salud a nivel individual, sino también a nivel poblacional. Esto es otra cosa, pero más allá de si ustedes al final deciden regularizar el cannabis medicinal, estaría bien también que pensaran en invertir recursos públicos en monitorizar el impacto que esto tiene sobre la salud pública, sobre poblaciones vulnerables, sobre población en general, sobre los propios usuarios e introducir conceptos de coste/eficacia, no solo que el tratamiento sea eficaz, sino si además esto está ahorrando dinero o no al Sistema Nacional de Salud.

¿Qué mecanismos vamos a activar cuando aparezcan efectos adversos? En Canadá, la epidemia de opioides de los Estados Unidos no la han tenido tan marcada como aquí, y en España tampoco, afortunadamente, pero ha hecho daño, y los profesionales que hemos atendido las adicciones iatrogénicas por fármacos opioides somos los mismos que tratábamos el resto de adicciones y nos hemos tenido que actualizar deprisa y corriendo. Estaría bien que si esto pasa con el cannabis medicinal —esperemos que no porque ustedes harán una regulación adecuada—, pero si pasa, estaría bien que tuviéramos la formación adecuada y los medios humanos adecuados para responder ante ello.

En paralelo, no perdamos la oportunidad de hacer investigación, y si la industria farmacéutica, como decía el anterior ponente, no tiene ningún estímulo para invertir en esto, que lo haga la Administración pública, porque para eso están los fármacos huérfanos, las enfermedades minoritarias, etcétera.

Otro punto importante es la percepción del riesgo. No podemos desligar que cuando hablamos de cannabis medicinal lo que transmitimos a la población general es que el cannabis es salud, y esto es un riesgo en población adolescente. Por tanto, en paralelo, tenemos que ir luchando contra esa disminución de la percepción del riesgo. Es igual, hagan lo que hagan, lo regularicen o no, esta batalla la hemos perdido hace diez años, es decir, tenemos que remontar diez años, pero si además deciden regularizarlo, estarán reactivando esta batalla. Por favor, ocúpense también de esto.

Con respecto al cannabis, hay un par de ejemplos a evitar que yo creo que son muy claros. En Canadá, el 93% de los dispensarios de cannabis medicinal hacían recomendaciones en contra del uso de cannabis durante el embarazo, mientras que en el Estado de Colorado, en Estados Unidos, el 70% los dispensarios recomendaban a favor. Por tanto, es evidente que en función no solo de qué hacemos, sino de cómo lo hacemos, el resultado es diferente; ningún dispensario debería recomendar el uso de cannabis en una embarazada, en una lactante. Si eso está pasando es que la regulación no es correcta, la formación de estos profesionales de los dispensarios no es correcta. Otro ejemplo: en dos Estados de Estados Unidos, Massachusetts y Michigan, hubo un incremento de las intoxicaciones accidentales de menores tras legalizar el cannabis medicinal, cosa que no pasó en otros Estados de Estados Unidos. Nuevamente el cómo es casi más importante que el qué.

Y ya saliendo del cannabis medicinal, vamos a irnos a otras sustancias como la metadona. Yo creo que la metadona es un ejemplo y España es un ejemplo de cómo se implementan los tratamientos sustitutivos con metadona o los tratamientos de mantenimiento de metadona porque se ha equilibrado muy bien el acceso al tratamiento de los usuarios que realmente lo necesitan y que lo hagan con unas condiciones de seguridad clínica. Desde allí se pudo flexibilizar progresivamente, y aún existen este tipo de dispensarios, pero a la vez también hay usuarios que lo pueden retirar directamente de la farmacia comunitaria. Se ha flexibilizado a partir de la experiencia. Esto no quiere decir que la metadona no tenga problemas, no tenga riesgos, no tenga efectos secundarios, no nos dé problemas en el día a día, desde luego, pero nos podría dar muchos más problemas de los que nos da. Hay mercado negro, evidentemente que hay mercado negro. En cambio, tenemos la benzodiacepina. España es el país de Europa con más prescripción de benzodiacepinas. Nosotros tenemos un estudio propio: en la ciudad de Barcelona un 10% de la población en el año 2017 estaba consumiéndolas y el 95% de las prescripciones contradecían lo que dice la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

Las benzodiacepinas son el caso totalmente contrario. Cualquier profesional sanitario sin una formación especializada suficiente puede prescribirlas, y eso lo pongo de ejemplo por otra cosa, y es que cuando hablamos de dolor —el doctor Pérez hablaba del componente emocional del dolor—, cuando hablamos de cualquier enfermedad orgánica, hay un componente emocional y, como ustedes saben, tenemos un déficit de psicólogos, de psiquiatras y de enfermeras en salud mental en este país. Estaría

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 21

bien también que se plantearan, junto a esta ley, dotar de más recursos sanitarios para no solo contener los posibles daños derivados, sino también contener los daños derivados que tenemos de otras sustancias que tienen un perfil que en algunos casos son muy similares.

Insisto en la pérdida de oportunidad. Abrir indicaciones sin investigación previa puede desincentivar precisamente esa investigación. Si yo como industria puedo producir cannabis ya para su uso, ¿para qué voy a invertir dinero en investigación? Pues probablemente aquí también tienen ustedes una carta que jugar, y es que se exija que haya investigación por parte de la industria y por parte de instituciones públicas junto con la aprobación o no. Todo esto al final es para garantizar una seguridad jurídica tanto a los pacientes como a los prescriptores, porque si un acto médico tiene una responsabilidad asociada como acto médico, necesitamos tener una seguridad jurídica al respecto.

Por último, les quería hacer una recomendación final, un libro, *El imperio del dolor*, de Patrick Radden Keefe, que explica muy bien cómo en Estados Unidos primero se hizo con las benzodiazepinas y luego con los opiáceos, y obviamente, cuando se estaba haciendo con las benzodiazepinas y con los opiáceos, nadie era consciente de lo que se estaba haciendo. No digo que esto nos tenga que impedir una regulación del cannabis medicinal, lo que digo es que no caigamos en los mismos errores.

Esto es todo por mi parte.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor López.

A continuación, pasamos al turno de portavoces que deseen intervenir. Por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), tiene la palabra la señora Gorospe.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Buenos días, señor López. Gracias por la información aportada. Desde su perspectiva —indudablemente, como usted ha dicho, desde el enfoque profesional que usted nos está aportando—, e indudablemente evitando los errores que en otros casos o lugares se hayan podido cometer, pero estando en la situación en la que estamos, teniendo la realidad que tenemos y viendo las oportunidades que puede ofrecer en algunos casos, ¿usted considera que es positivo o no avanzar, de forma evidentemente segura, en la regulación del uso médico del cannabis? ¿Puede aportar en positivo o no? Siendo consciente de todos estos ámbitos y aspectos que usted decía que se deberían tener en cuenta.

Nos gustaría saber también, a su juicio, en el caso de avanzar en esa regulación del uso médico del cannabis, cuáles serían los requisitos que esa regulación debería tener para evitar o neutralizar esos riesgos que podría haber en relación con la salud mental, circunscribiéndome a su ámbito profesional. Es el tercer profesional de su ámbito que pasa por aquí. Les he formulado a los dos anteriores la misma pregunta y se la formulo a usted. Me gustaría saber si tienen medido cuál es el impacto en la salud mental de los pacientes que sufren dolor crónico, si hay algún estudio, si tienen ustedes datos de cuál es el impacto en estas personas y si, de alguna forma, con esa regulación y esa prescripción de forma segura y controlada se podría evitar ese impacto en sus problemas de salud mental.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario de Unidas Podemos, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Gracias, doctor López Pelayo, por su comparecencia. Por la forma en que usted ha expuesto todo esto parece que no se opone totalmente, por lo menos, al uso del cannabis medicinal para patologías como dolor o náusea, pese a dificultades como puede ser normalizar una dosis o que no es un único cannabinoide el que contiene la planta, etcétera, todo lo que ha expuesto usted. Aquí han comparecido otros psiquiatras que se han centrado en ensayos clínicos hechos en adictos al cannabis. La primera pregunta es: ¿cree usted que se deben extrapolar ensayos clínicos en adictos a los casos de pacientes que usan cannabis con fines terapéuticos? Esa sería la primera. Las cuestiones que usted ha planteado aquí sobre todos esos problemas que debe abordar la Comisión a la hora de regular, como puede ser quién prescribe, la formación adecuada de los médicos que tienen que prescribir, dónde se prescribe, invertir en recursos públicos sobre el impacto de la regulación o investigación pública si no lo hace la privada, me parecen cuestiones fundamentales.

Me ha llamado la atención lo que ha dicho usted de valorar la percepción de riesgo, que es una cosa muy importante, la disminución en la percepción de riesgo que tiene precisamente la prohibición. Es decir, la prohibición no ha producido que la gente perciba el cannabis como un peligro importante. ¿Cree usted que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 22

la realidad actual de un mercado negro y los riesgos de ese mercado negro, es decir, de consumir un cannabis de manera arriesgada, no controlada, es suficiente para que haya una mejor regulación del cannabis para uso medicinal en el sentido de proteger a las personas del uso de un cannabis no controlado?

Esas serían las preguntas. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Salvá.

El señor **SALVÁ VERD**: Ante todo, doctor, muchísimas gracias por estar aquí. En primer lugar, quería decirle, no como una corrección —discúlpeme—, que en Medicina me enseñaron en Patología, en tercer curso, que lo que no está indicado está contraindicado. Me he leído varias de sus publicaciones y lo que más me ha llamado la atención es que de todos los tratamientos que ustedes hacen en su centro, en el Clínic —donde también estudié yo— para la desintoxicación del cannabis, de cada siete solamente hay éxito en uno. Es decir, si esto fuera verdad, es un problema de salud pública muy importante.

También nos interesa saber las indicaciones. Usted y otros comparecientes han hecho distinción entre los fármacos derivados de la marihuana y la planta en sí. Sabemos que los cannabinoides tienen eficacia en dolor neuropático, espasmos y convulsiones de algunos síndromes neurológicos, pero ¿nos puede decir cuáles serían las indicaciones de la planta llamada cannabis o marihuana? No le pregunto por los cannabinoides, sino por la planta.

Ya para acabar, yo como médico sé que hay otros medicamentos que también funcionan en las convulsiones, etcétera, y quisiera saber si usted, que es una autoridad en la materia, puede ver que el cannabis medicinal es un medicamento fundamental, por lo que sabemos ahora, y su opinión personal sobre si esto puede ser como la ventana de Overton, es decir, abrirlo a que todo vale, a que legalicen también el cannabis recreativo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra el señor Callejas.

El señor **CALLEJAS CANO**: Muchas gracias, señora presidenta. Y muchas gracias al doctor Hugo López Pelayo, psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Institut Clínic de Neurociencias.

Yo coincido con usted cuando comenta que le llama la atención por qué se habla del cannabis en el Parlamento y no se habla de otras moléculas o de otros fármacos. La verdad es que es algo a tener en cuenta porque es curioso. Quizá puede haber unos intereses espurios detrás de esta iniciativa, pero es respetable que la podamos desarrollar en el Parlamento. Estoy también de acuerdo con usted en que hace falta escuchar a las agencias reguladoras, nada más y nada menos que a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios —su máximo representante intervino en esta Comisión—, pero también a sociedades científicas y a pacientes. Con respecto a la *Guía clínica de cannabis*, que se nos ha facilitado, obviamente quiero dar las gracias a los veintisiete autores —entre ellos está usted— que han participado en su redacción y a los cinco revisores externos, por el completo análisis que han hecho sobre la materia.

Me gustaría hacer dos apreciaciones. En primer lugar, echo en falta un apartado de conclusiones que hubiera sido muy revelador a la hora de tener una visión de conjunto; en su intervención se podría haber incluido como conclusiones. Y también, teniendo en cuenta algo que ha dicho un compareciente anterior en la sesión de hoy, me gustaría llamar la atención sobre una posible perversión del lenguaje. Una cosa es hablar del cannabis y otra cosa es hablar de los cannabinoides. Quizás la *Guía clínica de cannabis* se podría haber llamado guía clínica de los cannabinoides, teniendo en cuenta que una cosa es una planta y otra cosa pueden ser una serie de medicamentos. Y también quiero advertir a la sociedad que nos esté viendo que llevamos años en España luchando contra el tabaco, contra fumar tabaco, y da la impresión —si nos dejamos llevar por la perversión del lenguaje— de que se está fomentando fumar cannabis; se ha demostrado que el tabaco es perjudicial para la salud y el cannabis también lo es, y es algo que tiene que quedar meridianamente claro para todas aquellas personas que nos ven, al igual que ha quedado meridianamente claro en todas las intervenciones —o prácticamente en todas— que hay una falta de evidencia científica para poder utilizar este tipo de sustancias. Hay muchas dudas, que usted ha expresado, y también falta de formación en los profesionales sanitarios.

Me gustaría terminar con una serie de apreciaciones que también creo que deberían quedar claras a la sociedad española. En primer lugar, el cannabis no cura enfermedades; en segundo lugar, el cannabis es la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 23

sustancia ilícita más consumida en España; en tercer lugar, está aumentando la frecuencia e intensidad de su consumo y esto está generando un problema sanitario y social de primer orden. Y hay que dejar también claro que no es una droga blanda y, por tanto, que no se debe banalizar el consumo de cannabis.

Finalizo haciéndole una pregunta. ¿Cree que este tipo de iniciativas puede traer como consecuencia una banalización del uso del cannabis, apartándose de la situación científica que nos debería ocupar?

Muchas gracias. **(Aplausos)**.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

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

La señora **ANDRÉS AÑÓN**: Gracias, presidenta. Buenos días, ya casi tardes.

Muchas gracias por su comparecencia y por la utilidad de su información; también por la documentación que nos ha hecho llegar previamente.

Nosotros tenemos algunas preguntas, pero como somos bastantes grupos y suele faltar tiempo para la respuesta, las voy a ceñir solamente a los aspectos de salud mental. En el caso de que llegáramos a una regulación del uso medicinal del cannabis, ¿usted consideraría oportuno, prudente y necesario hacer una referencia especial, separada, expresa o un tratamiento específico al uso del cannabis medicinal en las patologías de salud mental dentro de esta regulación? Si es así, ¿sería por una cuestión de prevención, de seguridad, de mayor control, de seguridad jurídica de los propios profesionales y de seguridad de los pacientes? Y después, ¿usted consideraría también oportuno, en el caso de llegar a una regulación y antes de aplicarla, hacer un ensayo clínico sobre la eficacia en patologías relacionadas con la salud mental? ¿Qué medidas consideraría imprescindibles de seguridad y control en la expedición, prescripción y en la administración de estos fármacos en el caso de estas patologías? Es decir, ¿limitaría la prescripción solamente en atención especializada y expedición en hospital, o bien una prescripción por parte de los profesionales de atención primaria y expedición en farmacia, etcétera? Solamente me refiero al ámbito de salud mental.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Concluido el turno de portavoces donde han planteado cuestiones, señor López Pelayo, tiene de nuevo la palabra.

El señor **LÓPEZ PELAYO** (médico psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Institut Clínic de Neurociències): Voy a empezar por el final, por la diputada Andrés, del Partido Socialista. No creo que se tenga que tratar la salud mental diferenciada de otras enfermedades porque estaríamos hablando de estigmatizar la salud mental. La salud mental se tiene que tratar como las otras enfermedades y ceñimos a un balance de riesgo-beneficio, de evidencia científica de igual modo. Eso sí, por las características de la sustancia que tiene un impacto sobre la salud mental, debe ser algo que se debe tener en consideración durante la elaboración de cualquier regulación al respecto. ¿Ensayos clínicos en patología en salud mental? Sí, desde luego. Seguramente, es donde la evidencia es más limitada. Y en este sentido —y aprovecho para responder la pregunta de otros diputados—, sobre diferenciar cannabinoides de cannabis en formato planta, seguramente en salud mental todavía tenemos recorrido con el cannabidiol en fórmula farmacéutica, que es el producto más prometedor de la planta de cannabis.

Medidas imprescindibles en caso de aprobación. Desde luego, el personal que prescriba debe estar bien formado y no solo eso; no me imagino a mí mismo prescribiendo cannabis, igual que no prescribo opioides, a alguien que tiene dolor crónico. Debería limitarse a aquellos profesionales que realmente tienen una especialidad en la materia, para evitar precisamente lo que otros ponentes han argumentado, que en algunos países se ha convertido en un negocio privado prescribir cannabis.

Quiero dar las gracias al diputado del Partido Popular por los comentarios positivos sobre la *Guía clínica de cannabis*. Desde luego, el nombre es adecuado. Nosotros hicimos una guía clínica de cannabis porque nosotros, desde Socidrogalcohol, nos dedicamos a tratar los problemas derivados de las sustancias. Esto no impide que nuestra guía clínica sea complementaria con otras guías clínicas; en este sentido, los canadienses tienen una guía clínica de reducción de daños del uso recreativo del cannabis que es muy completa y totalmente complementaria a nuestro trabajo. Hay guías clínicas de cannabis medicinal y trabajos complementarios. Nosotros éramos conscientes del nombre que estábamos poniendo a la guía porque estábamos hablando, sobre todo, del daño relativo al cannabis, lo que no impide que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 24

haya otras aproximaciones que también sean válidas. Insisto en que en una sociedad democrática, como es la nuestra, esta excepcionalidad no la veo como algo negativo sino como algo positivo. Ojalá hagan más ustedes esto de escuchar a los profesionales sanitarios antes de introducir ciertos medicamentos en el mercado. Porque ahora estamos hablando de cannabis, pero se hablará de ketamina, se hablará de MDMA y se hablará de setas alucinógenas en un futuro muy próximo, porque hay ensayos clínicos en este tema. Y no es solo importante el qué, no es solo importante la evidencia científica, sino cómo trasladamos esta evidencia científica después a los profesionales sanitarios y sobre todo a los pacientes, y que lo hagamos de una manera segura.

En cuanto a la eficacia de los tratamientos para el trastorno por consumo de cannabis, la adicción al cannabis, es verdad que la eficacia de los tratamientos farmacológicos es nula, no tenemos ningún tratamiento farmacológico eficaz, y los tratamientos psicológicos tienen una eficacia moderada. En salud mental —que es de lo que yo puedo hablar, porque es mi trabajo, es mi especialidad, yo no voy a hablar de dolor, no voy a hablar de náuseas, lo siento pero no me toca— la planta completa seguramente no tiene indicaciones a día de hoy. No sé si en un futuro cercano las tendrá.

La diputada de Unidas Podemos me preguntaba si me opongo totalmente o no a las indicaciones de dolor crónico o náuseas; repito mi respuesta, es que no me toca hablar de esto, hay otros especialistas que saben más. Si ustedes, después de escuchar a estos especialistas, deciden que se tiene que regularizar, yo lo que les pido es que tengan en cuenta la salud mental y las adicciones, y que pongan medidas para no provocar más daño que bien.

Precisamente, en cuanto a la segunda pregunta, es difícil extrapolar estudios; los estudios que tenemos son en población general y en uso recreativo, y es difícil extrapolar estos resultados, aunque se empiezan a tener estudios en población con uso medicinal. Voy a citar uno, que es de este año, publicado en *Jama*, de Gilman y colaboradores —que, si quieren, les haré llegar—, que es el efecto de tener una carta de prescripción de marihuana para dolor, insomnio y trastornos afectivos en adultos. Este estudio concluye que en insomnio, en trastornos afectivos y en ansiedad el riesgo de que no sea eficaz y a la vez se desarrolle un trastorno por consumo de cannabis es mucho más alto que en el dolor.

¿Quién, dónde y cómo prescribir? Ya he contestado a esto, me parece. Profesionales bien formados, probablemente en el sistema público en unidades especializadas, pero teniendo en cuenta que si una persona que vive en el Pallars Sobirà, en Sort, que es un pueblo que está a tres horas de Barcelona, por ejemplo, lo necesita y los especialistas en dolor crónico creen que está indicado, pueda tener acceso a ello.

La prohibición ha disminuido la percepción de riesgo. No, no creo; el alcohol tiene una percepción de riesgo baja. El propio Parlamento Europeo, últimamente, ha legislado en contra de la evidencia científica con el etiquetado de bebidas alcohólicas —como ustedes bien sabrán— que no ayuda precisamente a la percepción de riesgo en cuanto a los problemas derivados del consumo de alcohol. Por cierto, no solo son en grandes bebedores; los problemas derivados del consumo de alcohol también son en bebedores *light* o moderados. Cada vez tenemos más evidencia científica. Además, hace más de veinte años que se habla de cannabis medicinal, desde los años noventa, con lo cual el daño sobre la percepción de riesgo ya se ha hecho. Lo que estoy diciendo es que no hagamos más daño sobre la percepción de riesgo. Y si, al final, el mensaje es que para ciertas indicaciones el cannabis, de una manera controlada, puede tener un papel como segunda línea o incluso como uso compasivo, podamos transmitir simultáneamente que para personas que no tienen esos problemas de salud, el riesgo para la salud es importante, porque lo es.

La última pregunta era cómo proteger a las personas que usan cannabis medicinal, si con una legislación o no. Pues es difícil, porque, seguramente, hagan lo que hagan, la regularización va a tener daño; y la no regulación también. Aquí es donde les toca a ustedes balancear. Si a personas para las que pueda estar indicado, por ejemplo enfermos oncológicos con una esperanza de vida limitada donde el cannabis pueda tener un perfil de riesgo-beneficio por lo menos neutro —seguramente favorable, pero, por lo menos, neutro—, les limitamos mucho el acceso, va a haber gente que se va a quedar fuera, como se están quedando ahora. Si abrimos compuertas y dejamos salir el agua de la presa, lógicamente, también muchas personas van a acceder a una sustancia a la que ahora no están accediendo y que no necesitan, y van a tener unos daños. Esto ha pasado en nuestro país ya con las benzodiacepinas, con los opiáceos, no al nivel de los Estados Unidos, pero ha pasado. Entonces, aprendamos un poco de las lecciones.

Por último, la señora diputada del PNV, preguntaba cómo minimizar los riesgos. Yo lo que diría es que hubiera indicaciones claras. Cuánto más confusas son las indicaciones... En catalán, tenemos una expresión, *calaix de sastre*; no sé muy bien cómo traducirla al castellano. ¿Se dice igual?



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 25

La señora **ANDRÉS BAREA**: Cajón de sastre.

El señor **LÓPEZ PELAYO** (médico psiquiatra de la Unidad de Conductas Adictivas del Institut Clínic de Neurociències): ¿Sí? Vale. Gracias. Ya saben que, a veces, los bilingües, unas expresiones las decimos en una lengua y no en otra. Pues si tenemos muchos cajones de sastre, si metemos todas las enfermedades allí, difícilmente vamos a minimizar los riesgos. Tiene que haber indicaciones claras, formación independiente a los profesionales, independiente de la industria y también de los *lobbies*.

Impacto de la salud mental en el dolor crónico. Yo no manejo estudios recientes, pero le puedo decir que los hay. Existen, sobre todo de ansiedad y depresión, y obviamente el trastorno emocional que acompaña a cualquier dolor crónico o enfermedad crónica es alto. Vemos en la clínica constantemente pacientes con problemas de ansiedad y depresión que tienen dolor crónico u otras enfermedades crónicas. Precisamente en estos pacientes es donde el balance riesgo-beneficio es más complicado. Hablábamos de los opiáceos; los opiáceos eran un fármaco excelente cuando se utilizaban para enfermos oncológicos terminales. El problema es cuando se empezaron a dar a pacientes con dolores crónicos que sabíamos que iban a tener que tomar ese tratamiento durante dos, cinco o diez años de vida; tarde o pronto se iban a enganchar. Es la propiedad farmacológica que tiene el propio medicamento, es obvio. Además, cuando pasa a prescribirlo cualquier médico —como pasó en Estados Unidos y por eso les daba la referencia bibliográfica, que se llegaron a cerrar clínicas porque se dedicaban básicamente a vender oxicodona— los efectos son más catastróficos. Afortunadamente —como decía—, de las sustancias con potencial adictivo es la ocho de catorce; no estamos arriba del todo. Por cierto, la que está arriba del todo es el alcohol; por encima del cannabis también está el tabaco.

Yo, cuando preparaba esta comparecencia, tenía una cosa clara, y es que cualquier cosa que dijera, si me ceñía a lo que había en el ámbito científico, iba a disgustar a todos los diputados; iba a disgustar a las asociaciones de pacientes que han impulsado esta comparecencia, porque es lo que tiene la ciencia, la ciencia no es categórica. Voy a decir cosas y he dicho cosas que a ustedes seguramente no les han gustado, que a los pacientes no les hayan gustado, que a compañeros míos psiquiatras tampoco les habrán gustado, pero yo me tengo que ceñir a los datos que tengo, que manejo, que entiendo y que puedo transmitirles a ustedes. Y con esto finalizo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor López Pelayo, por su comparecencia y por haber compartido sus conocimientos en esta importante Comisión. Muchas gracias.

Suspendemos unos minutos hasta la siguiente comparecencia. **(Pausa)**.

### — DEL SEÑOR PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ (HIDALGO FERNÁNDEZ). (Número de expediente 219/000804).

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, reanudamos la sesión.

Quiero dar la bienvenida al señor Hidalgo Fernández, presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz. Esta es su casa, porque es la casa de todos los españoles, y gracias por estar aquí, en esta importante Comisión. Ya sabe cuál es el funcionamiento: tiene un tiempo de quince minutos, con algo de flexibilidad; luego, todos los portavoces plantean en las intervenciones preguntas y, después, usted tiene un último turno para contestar aquello en lo que esté en condiciones de poder contestar, lógicamente.

Sin más, señor Hidalgo, tiene la palabra.

El señor **PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ** (Hidalgo Fernández): Buenas tardes. Muchas gracias, presidenta.

Señores diputados y diputadas, gracias por invitar a lo que llamamos nosotros la casa de los médicos, que es la Organización Médica Colegial que, generalmente, podemos decir que atiende y representa a los médicos en ejercicio, los médicos que a diario ven y vemos pacientes. Mi profesión diaria es la de médico de familia. Llevo treinta y nueve años en el tajo tratando muchas veces de aliviar, algunas veces de curar y, sobre todo, consolar.

Cuando se nos habla del uso medicinal del cannabis quiero empezar diciendo lo que todos los médicos sabemos y a veces se nos olvida, el aforismo de *primum non nocere*: lo primero, no hacer daño. Los experimentos, con gaseosa; el médico asistencial y el médico en ejercicio lo que debe tener presente, previo diagnóstico, es que si va a prescribir a un paciente, debe buscar siempre un beneficio y debe evitar siempre su perjuicio. Es decir, hasta en el código de deontología queda expresamente prohibida la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 26

utilización de medicación que no esté absolutamente contrastada. También debemos saber que cualquier fármaco, unido a sus ventajas, tiene una serie de efectos secundarios e interacciones con otras drogas e incluso con alimentos. Pero cuando hablamos del cannabis, ¿por qué nos mueve esto? Porque hay un circuito de recompensa. El circuito de recompensa o de placer, desde la dopamina al sistema límbico y al sistema frontal. Todo eso nos lleva a entender posteriormente lo que es la adicción o la dependencia, unido después a la tolerancia.

Si nosotros hablamos de cannabis, tenemos que saber, como ante cualquier medicamento, para qué lo vamos a utilizar, si buscando una actitud curativa, una actitud paliativa o una actitud compasiva. Hablamos de las cuatro posibilidades de la Escuela de Filosofía de Oviedo: la transformación idéntica de organismo sano en organismo sano sería un alimento; la transformación idéntica de organismo enfermo en organismo enfermo serían los cuidados paliativos; la transformación positiva de organismo enfermo en organismo sano sería un medicamento, y la transformación negativa de organismo sano en organismo enfermo, ese es el terreno de las drogas. Las drogas generan en la adicción un individuo despersonalizado, lo que venimos en llamar un individuo flotante, un individuo épsilon. La droga, en su relación con las personas, la entendemos como la sustancia que interrumpe o impide el proceso que hace que el individuo evolucione como persona. Queda esa persona que todo lo que haga o deje de hacer siempre trascenderá, aunque no lo considere, en ese individuo flotante sobre las demás personas.

La primera pregunta que nos hacemos los médicos es: ¿El cannabis resulta eficaz y seguro? Nada es eficaz y nada es seguro cuando hablamos de medicación y drogas, porque todo tiene efectos secundarios, unos efectos iatrogénicos, además de relaciones con el individuo. Como bien sabemos, el gran medicamento es la penicilina y ha salvado muchas vidas, pero también ha generado muchas muertes por alergia o intolerancia, como ocurre con otros muchos medicamentos. Eficaz y seguro son dos conceptos oscuros y confusos cuando se predica de un medicamento o sustancia. Ambos conceptos son funcionales y diríamos que no son sustantivos. Y ni que decir tiene que debemos hablar de medicamentos con riesgos graves, moderados o leves. Lógicamente, nos tenemos que enterar de que decir que el uso de cannabis es eficaz y seguro para el tratamiento del dolor neuropático, por ejemplo, es no decir nada en términos médicos; es no decir nada porque no puede saberse si reduce el dolor a 1, 10, 50 o 90 de cada 100 personas tratadas durante determinada unidad de tiempo, y, de igual forma, tampoco se puede saber si ha producido 1, 10, 50 o 90 accidentes de tráfico entre esas 100 personas tratadas durante esa determinada unidad de tiempo. Tendríamos que hablar de la capacidad de tolerancia del dolor; los médicos utilizamos la escala del dolor. Hay personas que cuando tienen miedo se sienten con más dolor. Mi dolor de muelas cuando estoy aislado en el campo disminuye cuando tengo un coche y hay alguien que me puede llevar al centro de salud a inyectarme un analgésico. El dolor aumenta con la soledad, con la tristeza y depende del estado general de las personas. Partimos de que la persona es la que sufre el dolor, y no es medible ni tangible.

¿Qué queremos nosotros, la medicina basada en la experiencia o la medicina basada en la evidencia? La experiencia es la que vamos teniendo los médicos día a día, y a veces nos hace incomprendible cómo una medicación se tolera y beneficia a un paciente y cómo la misma sustancia altera y complica la situación de otro paciente. Por eso los médicos actualmente en la medicina alopática hablamos de medicina basada en la evidencia —realmente, el término inglés, como todos saben, no está bien traducido: sería medicina basada en pruebas—. Me tienen que demostrar, validar y ser aceptada por distintas instituciones, validadas también, la sustancia que van a poner en mis manos para que sea la sustancia que va a tomar mi paciente, porque créame que prescribir no es escribir. Prescribir es ni más ni menos que ejercer la responsabilidad del médico hacia el ciudadano o paciente. La libertad de prescripción es un derecho no solo del médico, sino también del paciente: debo buscar lo mejor para ese paciente. Por tanto, prescribir no es escribir, y además no puedo prescribir todo lo que yo considere si no está contrastado, porque puedo generar más daño que beneficio. *Primum non nocere*.

Entre los usos terapéuticos aprobados por la FDA y en Europa, estaría ni más ni menos que el Epidyolex, del que oirán hablar continuamente, aprobado para el tratamiento de convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox Gastaut o el síndrome de Dravet en pacientes de dos años o más. El síndrome de Lennox Gastaut es una encefalopatía epiléptica de las más severas de la infancia, dura enfermedad, cruel enfermedad, caracterizada por la triada eléctrico—clínica de actividad generalizada de punta onda delta en el electroencefalograma y múltiples tipos de crisis epilépticas y retraso mental. El síndrome de Dravet en pacientes de dos años o más no es ni más ni menos que otra forma severa de epilepsia de origen genético que se inicia en la infancia; crueles, perversas y progresivas enfermedades. La Agencia

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 27

Europea del Medicamento aprobó también el mismo medicamento, el Epidyolex, principio activo cannabidiol, para el tratamiento de las convulsiones asociadas con las formas de epilepsia siempre que hemos visto o se ha manifestado que ha sido imposible de contrarrestar con otro tipo de sustancias o medicamentos ya aprobados.

Por otro lado, respecto a la aprobada especialidad farmacéutica española, Sativex, en spray, con administración seromucosa, que tiene THC, tetrahidrocannabinol y cannabidiol, autorizado como tratamiento en el Reino Unido para pacientes con esclerosis múltiples, sin embargo, la NICE, la agencia de evaluación inglesa, encontró que su alto coste, eso en lo que nos basamos sobre coste-efectividad, no lo hacía disponible para los pacientes en Inglaterra, para exponerla como tratamiento a diario en aquellos pacientes.

A continuación voy a hablar de unos medicamentos autorizados al menos en un país, como son el Marinol y el Syndros, principio activo dronabinol. Son cápsulas orales indicadas en la anorexia asociada a la pérdida de peso en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, así como para las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia contra el cáncer, generalmente después del fracaso de los tratamientos previos. Estamos hablando y siempre entraremos por los efectos del THC en el sistema límbico, con su enorme poder, entre otros muchos, para el control de los vómitos y el aumento del apetito, con un efecto placentero, disminución y tolerancia al dolor. Cesamet y Canemes, principio activo la nabilona, indicados ni más ni menos que para las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia, habitualmente después del fracaso de los tratamientos previos. Por su parte, Sativex, que es el nabiximol, contiene además cantidades aproximadas entre el tetrahidrocannabinol y el cannabidiol, el excitante y el tranquilizador, por así decirlo, a partir de los extractos de cannabis, no es sintético y generalmente viene indicado para el tratamiento de espasticidad; tiene ese efecto relajante para combatir la espasticidad muscular secundaria principalmente en esa tremenda y cruel enfermedad que es la esclerosis múltiple.

Voy a entrar en los aspectos farmacológicos del uso terapéutico del cannabis, pero por ningún resquicio de mi exposición puede entenderse banalizar el consumo, porque estaríamos haciendo un flaco favor a todo lo que supone, aunque no sea objeto de mi intervención de hoy, a todos los efectos secundarios, que tocaré con una pincelada. El tetrahidrocannabinol es el principal cannabinoide, entre los que tiene la planta, que son cerca de sesenta. El principal cannabinoide es psicoactivo, el tetrahidrocannabinol sintético, y, como la nabilona y el dronabinol, está aprobado por la FDA, como decía, para las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia. El dronabinol fue aprobado por la FDA para la anorexia del VIH, estimulando el apetito. El tetrahidrocannabinol, como habrán oído repetidamente, se une a los receptores cannabinoideos CB1 y CB2 —el CB1 principalmente en la zona cerebral y el CB2 para el sistema inmunitario—, entran dentro del sistema cannabinoide endógeno, el que todos tenemos y con el que nos vamos apañando día a día con la segregación, dependiendo de nuestros estímulos. Los efectos del THC sobre los vómitos, el apetito y el dolor se atribuyen a su unión con los receptores CB1 en el sistema nervioso central, a través de los cuales modula esa percepción sensorial, somática y cognitiva, y quita el dolor no solamente como analgésico, sino también como ansiolítico, según la dosis que apliquemos. La serotonina participa, como normalizadora y creadora no de la euforia pero sí de cierta alegría —recuerden que, cuando salió el ISRS, a la fluoxetina y al Prozac se las consideraba drogas de la alegría o el placer—, en el control de la respiración, y su desregularización tiene implicaciones en los trastornos del sueño.

Sin duda, a partir de la aprobación del cannabidiol en terapéutica, se ha convertido en el principio activo más estudiado en relación con el uso terapéutico del cannabis. Su volumen de distribución es muy grande, lo que permite alcanzar a un gran número de tejidos y órganos, y tiene una semivida para su eliminación de cerca de las sesenta horas. Para no cansarles mucho, les diré que todos estamos esperando que haya estudios de una manera fiel y reguladora para aprender sobre estos temas, y digo fiel en el sentido de que vengan de agencias independientes, y no de quien lo fabrica, no sea que vayamos a vender lo que nos digan que vendamos. A veces hemos dejado a los médicos —y estoy en la casa de los españoles, según me decía la presidenta— que aprendan de quien lo vende, con lo cual la industria no va a hablar mal de lo suyo. Los médicos queremos que se nos informe, los médicos queremos que se nos instruya, pero, lógicamente, por organismos independientes. Desde la Unión Europea se ha instado a estas agencias y organismos relacionados con la evaluación y la regulación de medicamentos a que se clarifique la posición del cannabis en la terapéutica, el uso de cannabis con fines terapéuticos, y ahí está la resolución del Parlamento Europeo de 2019, que ustedes conocerán. En este sentido —y voy terminando, presidenta—, la epilepsia, los trastornos convulsivos, la ansiedad, el dolor y la espasticidad, unidas a la psicosis, la esquizofrenia y la enfermedad de Parkinson son algunas de la patología sobre las que existen estudios relacionados con la potencial indicación del cannabis, si bien podríamos considerar

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 28

que los estudios, salvo los relacionados con los trastornos convulsivos, podríamos considerar que carecen de los requisitos metodológicos para considerar sus resultados relevantes respecto a una clara indicación en las patologías estudiadas. A medida que los cannabinoides se vuelven más disponibles, la necesidad de una base de evidencia que evalúe adecuadamente su seguridad y eficacia es cada vez más importante. La base de evidencia actual es insuficiente para respaldar la prescripción de cannabinoides para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, y pongo a su disposición la bibliografía, porque esto no es de un médico de Badajoz, sino de los anales de psiquiatría que en ella vienen expresados.

En relación con los efectos adversos, se han descrito fundamentalmente la fatiga, las alteraciones gastrointestinales, la somnolencia y otros que desconocemos porque no los tenemos fielmente evaluados. Ni más ni menos, para no cansarles más y sin entrar, aunque lo pedía el cuerpo, en el uso recreativo del cannabis, que no es objeto de esta Comisión, aunque pudiéramos hablar de ellos, mencionaré los efectos adversos del uso de la marihuana o el hachís, dependiendo de si es hoja o resina, a corto y largo plazo. Y empezaría diciendo que todos, ustedes como legisladores y nosotros como médicos, tenemos la obligación en primer lugar de no banalizar, en segundo lugar de no fomentar y en tercer lugar de no predicar el consumo, uso o abuso sin tener una base científica en la que podamos sostenernos. ¿Efectos del uso a corto plazo? Conocemos todos: el deterioro en la memoria y, dependiendo de la edad en que empieza a consumirse, los trastornos que tiene como consecuencia, como precisamente los resultados educativos, el deterioro de la coordinación motora —a saber cuántos accidentes de tráfico hay por su consumo—, la alteración del juicio, por ejemplo aumentando el riesgo de ciertas conductas sexuales. Mucho se ha hablado —lo he traído preparado— de que es un estimulador de la libido y de que favorece tanto el sistema reproductivo como la función sexual femenina y masculina. Habría que detallarlo y saber qué rango de veracidad tiene, pero lo que sí hace es dejar a los consumidores, ¡ancha es Castilla!, al albur de sus instintos primarios, y, lógicamente, al disminuir la inhibición, quedan más abiertos a todo tipo de prácticas sexuales. En altas dosis o consumo continuado, aparece la paranoia y la psicosis; eso sí es verdad y lo vemos en las clínicas y las consultas cuando apretamos el botón de qué le pasa a usted. Y luego está el uso prolongado e intenso, que es la adicción, un trastorno enorme, una enfermedad, no un síntoma. La adicción genera al sujeto y su entorno una grave crisis; no solo es personal, sino también familiar y social. Asimismo, le hablaba del mal resultado educativo, de esa amnesia anterógrada, de modo que no se va a fijar nada en el cerebro. Lógicamente, ustedes me dirán que tratamos a pacientes, y quizás entraríamos en el uso compasivo o paliativo de personas tremendamente dañadas ya. También está la disminución de la satisfacción con la vida y los logros, eso que hablábamos de para qué, por qué, dónde estoy y qué me importa dónde voy. También hay mayor riesgo de trastorno de psicosis crónica, sin olvidar los cuadros bronquiales, porque la mayoría de las veces va asociado al tabaco, y, si el cannabis produce una broncodilatación, unida a la nicotina, los efectos cancerígenos del tabaco llegan hasta la profundidad de la chimenea bronquial.

Por eso, presidenta, sobre la autorización de cannabis y cannabinoides en nuestra sociedad, en nuestro Estado de derecho, en nuestra sanidad, termino diciendo ni más ni menos que sí a su uso médico como medicamento o paliativo si se cumplen estas condiciones: ensayos clínicos con validez y evidencia alta o moderada, beneficio en una magnitud que compense los daños añadidos a los inconvenientes y costes, con autorización de agencias reguladoras, indicaciones y fabricación con buenas prácticas de laboratorio, y no a un uso recreativo. Y tengo que acabar diciendo que ojo con los cannabinoides sintéticos de venta en esa gran locura de farmacia que es Internet, en la que, sin dosificación, se está produciendo una venta masiva adulterada y perversa cuando se anuncian incensarios o aromáticos pero realmente se está vendiendo un producto que va a generar adicción y daños.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Hidalgo.

A continuación, pasamos al turno de portavoces. En primer lugar, tiene la palabra la señora Gorospe en nombre del Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV).

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta. Gracias, señor Hidalgo.

Hay más o menos un consenso en esta Subcomisión, pues entiendo que todos estamos de acuerdo en que, evidentemente, nada de lo que aquí se decida, se promueva o se recomiende ha de ir en la línea de banalizar el consumo ni potenciarlo o promoverlo, sin ninguna razón más que cumplir el propósito de dar regulación y mayor seguridad a aquellos pacientes que los usan para que de forma regulada se pueda garantizar e incrementar las condiciones de seguridad en las que puedan acceder a los productos que

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 29

puedan existir. Entiendo que la conclusión de su intervención, en lo que usted también está de acuerdo, es que resulta necesario avanzar en esa regulación del uso medicinal si puede contribuir a garantizar la seguridad del paciente, dado que el planteamiento que se está considerando es el de acceder bajo prescripción médica en las condiciones que se vienen observando a lo largo de las distintas intervenciones en la Comisión: con garantías, sin ser primera línea, sino de forma complementaria, y con productos estandarizados de calidad y ofrecidos de forma controlada. Entiendo que usted también está alineado con esta propuesta.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común, tiene la palabra la señora Medel.

La señora **MEDEL PÉREZ**: Bienvenido, doctor Hidalgo.

A mí también me da esa sensación de que usted está de acuerdo en que se regule el uso del cannabis medicinal para ciertas patologías siempre que sea seguro y haya una demostración de su eficacia en ciertos ámbitos. Ya sabemos que para otras cosas no, pero para estas sí, para el dolor crónico y algunas otras que usted ha comentado.

Sabe usted que hacer ensayos clínicos en estas circunstancias es complicado, sobre todo de un producto que tiene ya una dificultad implícita, como es la normalización de la dosis, pero también hay que reconocer que es una realidad que los pacientes buscan el producto y que la comercialización del cannabis como tal, como planta, es ilegal, aunque la gente lo busca porque le alivia el dolor. Debido a esta dificultad de los ensayos clínicos y si se deben o se pueden extrapolar ensayos clínicos sobre adictos, ¿cree usted que se pueden extrapolar los ensayos clínicos a grupos de personas que no lo usan por adicción, sino como tratamiento médico?

Por lo que usted ha comentado, veo que no se debe dejar a la industria farmacéutica que actúe como *lobby* de presión, ¿verdad? ¿Cree usted que, en este caso concreto de la de la marihuana, una industria farmacéutica pública sería la que debería producir y distribuir el cannabis medicinal para el tratamiento del dolor y otras patologías, a fin de garantizar la seguridad, la equidad y el acceso justo al cannabis medicinal, libre de las presiones de los *lobbies* de la industria farmacéutica?

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Salvá.

El señor **SALVÁ VERD**: Ante todo, muchísimas gracias por su comparecencia, doctor Hidalgo. Me ha gustado muchísimo lo de *primum non nocere*, hacía mucho tiempo que no oía esta frase.

Es verdad que estamos hablando de un medicamento con el que hay que guardar un equilibrio respecto a sus efectos secundarios y, evidentemente, en el balance riesgo-beneficio. La medicina siempre ha sido así; desde recetar una simple penicilina o lo que sea hasta operar a un paciente, siempre se valoran los riesgos respecto a los beneficios, y en esto sucede exactamente igual. Estamos hablando de unas sustancias que producen efectos secundarios, y todos los comparecientes que han venido y todo lo que nosotros hemos estudiado nos dice que no hay evidencia científica entre beneficio y riesgo, en absoluto, y, además, es jugar con fuego, porque puede producir una adicción. Mucho nos tememos que esto sea como la ventana de Overton —ya lo hemos considerado anteriormente—, que sirva para legalizar y despenalizar el uso de la marihuana, o sea, como un ariete, como un primer plano. Quisiera saber su opinión al respecto.

Usted ha hecho un discurso muy bueno sobre las indicaciones, y le felicito, porque, como médico de primaria, ha tenido que estudiarlo. Para mí los médicos de primaria son héroes auténticos, sobre todo por la cantidad de sobrecarga de trabajo que han tenido con el COVID. De nuestra parte, puede trasladar de forma expresa a todos los compañeros de Extremadura nuestras felicitaciones. Por supuesto, antes de recetar un cannabis hay otras alternativas que no son tan peligrosas, o sea, hay un rango. ¿En qué rango pondría usted esto? Evidentemente, como último recurso, porque hay otras medicaciones, y, por ejemplo, puede producir psicosis.

Nada más, muchas gracias por su intervención.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Castillo.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 30

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías.

Comienzo mi intervención dando las gracias al doctor Hidalgo por su claridad y rotundidad fundamentalmente y porque, al igual que a nosotros, le preocupa la protección de la salud pública y la defensa del paciente, que, en definitiva, es por lo que deberíamos velar todos los que estamos aquí, por que cualquier sustancia que se administre esté contrastada y haya evidencia científica, por que exista esa calidad, esa seguridad y esa eficacia que tanto ha nombrado en su intervención.

Creemos que nos falta evidencia científica en muchos campos, y entiendo que usted está de acuerdo con nosotros; no en todos, hay algunos apartados en los que sí se ha demostrado que esa evidencia científica es clara, fundamentalmente en los asociados al dolor. Sin embargo nos preocupa el daño sobre la percepción de riesgo que ya se ha ocasionado —lo decía el anterior compareciente—, creo que ya hemos hecho mucho daño banalizando el cannabis y que nuestros jóvenes corren un riesgo importante en relación con este tema. Nos preocupa la tolerancia y los efectos secundarios que puede tener, el riesgo que genera para la salud, las adicciones, los efectos psicoactivos. De todo eso ya nos ha hablado usted, y quería hacerle una pregunta. El Partido Popular propuso la elaboración de un libro blanco sobre el uso medicinal del cannabis, un libro blanco cuyo objetivo era esclarecer los niveles reales de calidad, eficiencia y seguridad del uso medicinal del cannabis y en el que estuvieran involucrados organismos públicos, entidades privadas, asociaciones y pacientes tanto a nivel nacional como internacional. ¿Cree usted que es una buena medida empezar por ese libro blanco que escuche a todas las partes, y no traer directamente a esta casa un tema como el del cannabis y su posible legalización, cuando nos faltan esos mínimos? ¿Qué mínimos considera usted que debería cumplir nuestro país antes de plantearse una legalización del cannabis para uso terapéutico, que luego pueda abrir vías a otro tipo de usos, como decían mis compañeros? ¿Cree que nos queda un largo camino por delante o que ya hemos avanzado en ese sentido, a fin de que esa legalización esté ya más o menos próxima? ¿Quién cree usted que debería coordinar estos estudios? Nos ha hablado de organismos independientes, que, a su modo de ver, serían los más idóneos, pero no nos ha dicho cuáles, y le preguntamos qué entidad o entidades considera usted que deberían gestionarlo.

Siendo un poco más específica, ¿cree usted que la dispensación o prescripción de este tipo de sustancias requeriría una formación específica o que puede dispensarlas cualquiera? Al final, el consumo del cannabis entre adolescentes ya se ha visto que es un problema y que puede generar dificultades sobre maduración cerebral y aprendizaje, trastornos emocionales y abandono escolar. También hay una prevalencia del consumo en adultos cuando se legaliza, hemos visto que entonces aumenta exponencialmente ese consumo de cannabis en adultos. Hay trastornos asociados al consumo de cannabis que son evidentes, y ya se han puesto encima de la mesa, y existe una correlación entre el consumo de cannabis y otras sustancias, como el alcohol, los opiáceos y el tabaco. Nos gustaría que nos explicase un poco cuál puede ser el efecto exponencial o la potenciación del uso del cannabis con otras sustancias.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación tiene la palabra, en nombre del Grupo Socialista, la señora Andrés.

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

Muchas gracias por su exposición, señor Hidalgo. Nuestro grupo quiere agradecerle sus aportaciones, en representación también de los colegios de médicos de España.

Evidentemente y como antes también decía otro ponente, estamos hablando de uso medicinal y es imprescindible introducir, no puede ser de otra forma, por supuesto, el papel de los médicos, en relación con el cual nuestro grupo querría hacerle una pregunta. De la misma manera que compareció el presidente del Consejo General de Farmacéuticos de España y habló de la predisposición de la farmacia en el caso de que se regule el uso medicinal de cannabis a colaborar en la expedición de este medicamento —siempre hablamos de un medicamento—, nos gustaría que usted, en representación de su ámbito, nos dijera si la profesión médica está en disposición de colaborar en el caso de que se regule, siempre con evidencia científica y control y después con valoración y seguimiento, el uso medicinal del cannabis.

Asimismo y enlazando con la pregunta que le hacía la compañera diputada del Grupo Popular, ¿considera usted que sería más oportuno y prudente que la prescripción de este medicamento se hiciera en la medicina especializada o consideraría que también pueda prescribirse en la atención primaria?

Muchas gracias.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 31

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Concluido el turno de los portavoces, el doctor Hidalgo tiene de nuevo la palabra en un turno breve de en torno a cinco minutos con flexibilidad, para que pueda contestar a lo que le han preguntado y usted considere.

El señor **PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ** (Hidalgo Fernández): Muchas gracias.

La verdad, queridos y queridas diputados y diputadas, creí que esto iba a ser más duro, creo que estamos todos de acuerdo, y me alegra mucho. Cuando venía por las dehesas extremeñas, venía preguntándome de que hablarán o habrá alguien que sea consumidor y no lo vea así, con lo cual ya no hablaríamos sobre el uso medicinal de la planta que venimos hoy a tratar. Valga este guiño.

Empiezo por la señora Gorospe, que me hablaba de regulación. Claro, pero regulación buscando la seguridad, pero seguridad no solamente del médico, que es el que va a prescribir, sino su propia seguridad. Cada vez que yo firmo un documento, que es una receta pública, usted me puede demandar si hay alguna equivocación, pero cuando a usted en ese contrato tácito, que es el consentimiento informado, yo le prescribo un clavulánico, usted acepta si tiene un efecto secundario de diarrea, pero yo sé la dosis que le he puesto en ese cálculo que hacemos los médicos muchas veces a ojo dentro de lo que tiene, 500 miligramos, 850 o un gramo. Eso lo hacemos los médicos mientras hablamos con el paciente, más que nada porque son dosis que están catalogadas en los estudios, buscando el beneficio terapéutico, porque, como usted decía, ¿está dispuesto o la profesión médica está dispuesta a favorecer la regularización del cannabis terapéutico? Esta profesión, bendita profesión, lleva actuando a ciegas desde hace muchos años, muchos años. Imagínese que hace unos años estábamos aquí tratando de hablar del riesgo de la hepatitis C y de buscar unos presupuestos para esa hepatitis C, qué le voy a contar, y hoy, fíjese, no es que demos menos importancia a la hepatitis C, pero sí un tratamiento adecuado. A la persona que sufre hay que ayudarla. ¿Usted conoce a alguna persona que sufra? Por ejemplo, cuando cambio una bomba de morfina; a una persona que sufre hay que ayudarla. Si algo no nos han enseñado a los médicos es la medicina paliativa. Hemos estudiado la medicina curativa; la medicina preventiva, un poquito, pero la medicina paliativa, nada, porque para los médicos la medicina paliativa o ver morir a un enfermo es un fracaso. Nosotros estamos para curar; una estupidez, porque los médicos cronificamos; cronificamos la diabetes, cronificamos la hipertensión, cronificamos el asma. Cuando nosotros vemos a un paciente que sufre, a veces deontológicamente prohibido, parece que lo dejamos pensando ya he hecho todo lo que podía. Ese abandono es éticamente deplorable. Por eso, a la persona que sufre la tenemos que ayudar, pero no todo vale, no todo vale. Los médicos llegamos a hablar incluso de la sedación en la agonía, que no es motivo de esta mesa, pero he de decirles que sí debería estar más o menos regulado para saber con qué seguridad puedo ayudar a ese paciente. La portavoz de Unidas Podemos me hablaba de lo mismo, querida colega, hablaba de —digo colega porque me han informado— regulación y seguridad, y tengo que decir lo mismo. Todo colirio no vale, ¿verdad, oftalmóloga? No sea que me vaya a poner Loctite. Es decir, que un fármaco sin dosis es un veneno; de hecho, parte de esas rupturas, de esas muertes que se pueden producir, generalmente vienen por una alteración de las dosis. No es el caso del cannabis que como no está en el tallo cerebral, bien saben ustedes que una hiperdosificación no va a causar la muerte porque no hay receptores en el tallo cerebral. Distinta es la farlopa, el caballo, como lo llaman los que vemos a diario, la heroína, que sí tienen esos receptores en el tallo y viene esa depresión cardiorrespiratoria que te cuesta la vida.

En cuanto a los consumidores en España, ahí me lo ha puesto a cabecearlo, ¿usted considera —le iba a plantear yo una pregunta, pero me la hago yo y se la respondo— que los consumidores en España, que están no voy a decir traficando porque no están legalizados la venta o el tráfico, lo utilizan como pacientes para sus daños? No, lo utilizan como uso recreativo, uso lúdico o social la mayoría de las veces. **(La señora Medel Pérez hace signos negativos)**. Habrá alguno o algunos que lo utilicen como otro recurso, pero no la mayoría, que lo utilizan como uso recreativo. Me pregunta sobre la industria farmacéutica pública. No, ahí no he entrado, lo que quiero decir es que el que la fabrica, la industria farmacéutica tiene que ser ni más ni menos validada. Aquí tenemos la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y Europa tiene la EMA, pues que se muevan. Y aquí entro en una pregunta que me planteaba la doctora Castillo, que ya contesto, sobre quién debe coordinar, porque nosotros no tenemos una agencia nacional de evaluación, tenemos autorización, como es en el caso de biosimilares y otro tipo de medicación que proceden directamente de Europa, pero en lo que respecta a la industria farmacéutica pública, nosotros

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 32

queremos una agencia de evaluación pública, pero no vamos a hablar de público ni de nacionalizar. Lo que sí queremos es una evaluación a través de una agencia, que sería la agencia española de evaluación, de todo tipo de medicamentos porque en este país —tómelo en cuenta porque usted sabe lo que le voy a comentar ahora mismo— hemos autorizado muchos medicamentos, muchos, sin haber estudiado los resultados en salud. Los españoles hemos regado de calcitonina y bifosfonatos las calles de España, con un enorme gasto de miles de millones de euros. Las hemos regado, pero nadie ha estudiado los resultados en salud sobre la osteoporosis o las fracturas que tratábamos de evitar. Esa es la parte fundamental, porque el día que lo hagamos en otras medicaciones nos llevaremos algunas sorpresas.

Al colega el diputado de VOX, *primum non nocere*, esa es la base fundamental. Alguien dice que el cannabis es natural, y también la cocaína y las ortigas, pero a nadie se le ocurre pasarse una ortiga por el cuello. *Primum non nocere*. ¿Legalizar la marihuana? No, nosotros no entramos en legalizar la marihuana ni el consumo de la marihuana, lo que sí queremos es que exista la responsabilidad de que cuando vayamos a prescribir un medicamento esté contrastado, pero no solamente por quien lo produce, porque entonces vendría viciado, sino buscando —y ahí entro en la pregunta de la doctora Castillo— en el libro blanco. ¿Quién debe formar ese libro blanco? Ahora entro en eso. Me ha hecho una pregunta directa. ¿En qué rango pone usted la prescripción del cannabinoide si tuviera que necesitarla su paciente? ¿En qué rango pondría los cannabinoides? Donde específicamente ese paciente vaya a necesitarlo. Sería como uso paliativo, porque no se debe dejar sufrir a una persona si no existe otro recurso. Los médicos hemos entrado siempre en esa tesitura, o bien, como hemos dicho, en un uso compasivo, que aquí en España se puede solicitar para que de una manera específica y razonada te lo mandasen. Pero aquí no abrimos la gatera, como diríamos en Extremadura, que todo vale, ni la compuerta, sino que hay que tratar de saber qué vamos a utilizar y quién va a tener esa responsabilidad.

Doctora Castillo, ¿nos falta evidencia científica? Sí. ¿Hay un gran riesgo? Sí. ¿La tolerabilidad y la adicción corren un gran riesgo? Sí. ¿Se debe de hacer un libro blanco? Sí. No solo sí sino que, además, es lógico y necesario y sería antes de la legalización incluso del cannabis terapéutico. Dígame si la bicicleta que vamos a crear tiene dos ruedas o tres. ¿Quién debe formar parte de ese libro o ese comité? ¿Quién debe de coordinarlo? Esto es muy simple. Tiene que entrar quién lo produce para que explique cómo lo produce. Dese cuenta que estamos abriendo un nicho económico de mercado importantísimo. Debe de entrar quién lo investiga para darle el sí a quien lo autoriza y, lógicamente, hay que formar a quien lo prescribe. Sin esas cuatro patas no tendrá usted el banco perfecto, porque si entra el que le va la cosa en eso, imagínese, y si nos llega a nosotros lo tiraremos para atrás. Piense que, cuando se hacen las cosas mal, pasará como con los vapeadores en Inglaterra, mucho NHS y lo pusieron hasta para el tabaco, para decir que era una deshabituación. Nosotros nos negamos a eso en esta casa. Mire dónde están los vapeadores, con una disminución, porque ha demostrado que no era vapear solamente, sino que entrábamos en otro tipo de adicción. Me ha preguntado usted: ¿y además considera que se debe de hacer una formación para la dispensación? Sí, una formación para la prescripción. En este sentido, me preguntaba la representante del Grupo Socialista dónde se debe dispensar, que no es vender, porque entraríamos en la parafarmacia, no, entramos en la farmacia, con la venta y dispensación en la farmacia, con la responsabilidad del documento oficial del farmacéutico o farmacéutica que la atiende. Pero dígame claramente si está usted a favor del cannabis medicinal, me preguntaba usted. Sí, con todo el aparejo que hemos puesto. Dígame para qué sirve y yo le diré lo que vale. Luego me ha dicho lo que me ha dado aquí en el corazoncillo, pero usted lo ha hecho sin querer: ¿quién debe prescribir eso, la medicina especializada o atención primaria? No me diga usted eso, por Dios, la atención primaria es una especialidad de cuatro años. **(La señora Andrés Añón: Cierto, cierto. Disculpe)**. Su error es lo que está haciendo que nuestro sistema sanitario esté así, no su error, sino ese no verlo como medicina especializada. Ese es el error, permítame que en el momento que estamos trabajando... **(La señora Andrés Añón: Sabe que me refería al hospital)**. Lo sé perfectamente, pero tenía que decirlo, dese cuenta de que me ha herido no solamente por mi conflicto de interés, sino además por la base, porque si la medicina primaria no lo prescribe, nos pasará como con muchos fármacos que están en atención hospitalaria, hospitalaria-primaria, toda especializada. ¿Sabe lo que ocurre? Que no nos dan la posibilidad de prescribir algún medicamento porque lo hacen de uso hospitalario, pero cuando tiene algún efecto secundario vienen aquí al de primaria para que se solucione, pero qué voy a solucionar si, uno, no lo prescribo, y dos, en lo que no prescribo no me formo, y como no me formo no informo. Por eso, la prescripción debe de ser ni más ni menos por los médicos. No entro ahora en otro tipo de prescriptores, que daría para otra sesión. Hablamos, ya saben, de uso y autorización para la dispensación, la mal llamada receta enfermera, porque todo esto



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 33

de la prescripción —termino, presidenta— es prescribir, no es escribir. Prescribir es hacer un diagnóstico, responsabilidad del médico, para poner un tratamiento una vez hecho el diagnóstico.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, doctor Hidalgo Fernández, muchas gracias en lo que representa, además, dentro de la Organización Médica Colegial de España. Muchas gracias por haber querido también compartir sus conocimientos con esta Comisión, que está trabajando de forma intensa para analizar y estudiar las experiencias que puede haber de regulación del cannabis para uso medicinal, y por supuesto todo el apoyo a todos los profesionales sanitarios, y especialmente también lo quiero hacer a los médicos de atención primaria, que en estos tiempos están sufriendo y haciendo una labor heroica, me atrevo a decir. Así que enhorabuena y muchas gracias.

El señor **PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ** (Hidalgo Fernández): Muchísimas gracias y quedamos a su disposición siempre que podamos y sepamos para poder hacerlo mejor. Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Suspendemos, como siempre, unos minutos para pasar al siguiente compareciente. **(Pausa)**.

— **DEL SEÑOR CORNO CAPARRÓS (ABOGADO EXPERTO EN TEMAS DE ADICCIÓN). (Número de expediente 219/000805).**

La señora **PRESIDENTA**: Señorías, vamos a reanudar la sesión con unos minutos de adelanto, pero puesto que creo que están presentes todos los grupos que llevan trabajando a lo largo de toda la jornada de hoy, pues empezamos y así —como tenemos aquí ya al compareciente— podemos seguir con los trabajos.

El señor Corno Caparrós —bienvenido a la Comisión de Sanidad y Consumo— es abogado experto en temas de adicción. Le agradezco que quiera estar con nosotros aquí en el Congreso de los Diputados, en esta Comisión, para compartir toda la información y sus conocimientos con los parlamentarios y con los grupos aquí presentes. Ya sabe cómo es la dinámica, porque ha visto la anterior comparecencia. Tiene un turno en torno a quince minutos en su primera intervención, con flexibilidad por mi parte —como no puede ser de otra manera—, después un turno de los portavoces que plantearán preguntas y después tendrá otro turno para lo que esté en condiciones de poder contestar o informar más.

Así que sin más, señor Corno, tiene la palabra.

El señor **CORNO CAPARRÓS** (abogado experto en temas de adicción): Buenas tardes a todos y muchas gracias por permitirme compartir unos momentos con ustedes. Sé que el día ha sido largo, que es la última intervención y seguramente tendrán ustedes las ganas o la necesidad de volver a sus otras ocupaciones o a su vida familiar; con lo cual, procuraré que mi intervención les resulte totalmente de la más práctica utilidad.

Comparezco a título personal. No tengo más mérito ni demérito que haber dedicado muchos años a mi ejercicio profesional y haber participado, asistido y formado parte de bastantes asociaciones aconfesionales y apolíticas que tenían como único objetivo el tratamiento de personas para someterlas a procesos de deshabitación de sustancias adictivas y, lo que es tan importante como esto, no solo dedicadas a la asistencia a aquellas personas que, por desgracia, padecen una adicción, sino también a tener un trato directo y simultáneamente la asistencia a sus familiares. Con estos mimbres avalo, si puede suponer o supone algo de refuerzo, mi presencia aquí ante ustedes.

Proposición de ley para la normalización del uso del cannabis. Habría que partir de la razón fundamental que inspira para la supuesta promulgación de esta ley, y para ello —como cualquier otro texto legal— lo importante es bucear en lo que dice la exposición de motivos. Me voy a permitir simplemente hacer una lectura literal de tres o cuatro párrafos de la exposición de motivos. Concretamente, el epígrafe III de la exposición de motivos, en su párrafo primero dice: «Asimismo, decenas de miles de pacientes, cuyas patologías son susceptibles de ser tratadas con cannabis, ven cómo el acceso a estos tratamientos a día de hoy no está regulado». Posteriormente dice: «El hecho de la inexistencia de canales oficiales y legales para acceder a la planta provoca que muchas de las personas pacientes se vean expuestas a los peligros del mercado negro si quieren acceder a una solución a sus patologías, usando así sustancias sin ningún control sanitario». En el mismo epígrafe III dice: «Es una contradicción flagrante el hecho de que las leyes que teóricamente se han desarrollado para proteger la salud pública sean precisamente las que,

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 34

en este caso, impidan su protección y ataquen el derecho a la calidad de vida de pacientes y familiares». «Urge, mediante una ley independiente distinta a esta proposición de ley, la regulación del acceso al cannabis medicinal a través del sistema sanitario público, como sucede con cualquier otro medicamento». Esta reiterada e insistente alusión a que, de alguna forma, la actual legislación española impide que personas que sufren determinadas patologías se vean privados de un medicamento, de una planta, que pueda realmente paliar estos efectos, evidentemente, mi análisis en ningún momento va dirigido desde una perspectiva sanitaria —de la cual carezco de conocimientos—, sino desde un análisis estrictamente jurídico. Resulta paradójico el que después de este insistente mensaje en la exposición de motivos de la ley, el artículo 5.2, que me parece un artículo esencial para entender cuál es el objeto y el contenido jurídico de sus preceptos, diga literalmente: «Se excluyen del ámbito de aplicación de la presente ley los usos y consumos terapéuticos medicinales, médicos, farmacéuticos del cannabis y la investigación ligada a los mismos». **(La señora Muñoz Dalda: Está hablando de mi ley y no sé por qué).**

La señora **PRESIDENTA**: Por favor, ruego silencio mientras está el compareciente interviniendo.

El señor **CORNO CAPARRÓS** (abogado experto en temas de adicción): Es indudable que los principios activos del cannabis son susceptibles de tener un valor terapéutico innegable, pero su uso medicinal está perfectamente regulado por normas internacionales que únicamente tienen por objeto, en primer lugar, determinar qué patologías están llamadas a atender; en segundo lugar, quién las puede utilizar, cómo tienen que dosificarse esos consumos y durante cuánto tiempo. Quizá esta última referencia tiene especial importancia con respecto al consumo del cannabis porque no solo es una sustancia nociva, sino que además es una sustancia tremendamente adictiva, como también se recoge y se hace alusión explícita en algunos preceptos de la ley. Lo que se está diciendo es que todos los pacientes en todos los momentos, en todos los lugares y durante toda la etapa de su vida pueden —mediante un supuesto autoconsumo, autodiagnosticado—, sin ningún diagnóstico profesional y sin control sanitario, consumir una sustancia que no es inocua, sino todo lo contrario. La propia exposición de motivos hace referencia a que el cannabis se encuentra incluida en la lista I, en la que se encuentran estupefacientes que requieren el control por su potencial psicoactivo.

No hay mejor garantía para los que se denominan pacientes que sufren patologías que el estudio profesional de sus patologías, debidamente diagnosticadas, y que el tratamiento se efectúa mediante medicamentos cuyas virtudes medicinales estén debidamente garantizadas y homologadas. No parece que tenga sentido el contenido de la ley y su propósito cuando en la exposición de motivos se dice —según cita literal— que es preciso revertir el enfoque prohibicionista basado en el control altamente punitivo de la planta del cannabis, sus flores y sus principios activos, y esto es una deuda pendiente de la sociedad. Evidentemente, hablar del control de la estigmatización de una planta o de su control punitivo es algo tan absurdo como lo que sucedía con los galeones en el siglo XVIII, que cuando se rompía una jarcia, el pujamen no funcionaba o se provocaba un abordaje, se les condenaba al llegar a puerto a hacer pasar cadenotes por la cubierta, como si se pudiera castigar a un galeón. Las plantas no son susceptibles de dolo ni de culpa y lo que de alguna forma debe analizarse adecuadamente no es la planta en sí misma sino sus usos o sus malos usos. De la misma forma que sería absurdo hablar de la estigmatización del uranio o el plutonio por el hecho de que son las materias con las que se pueden producir o se producen las bombas atómicas. Es totalmente falaz que se esté vetando el uso de principios activos del cannabis para la fabricación de medicamentos, y también es igualmente falaz que es preciso una ley que los integre en el sistema público de salud. En la actualidad existen bastantes productos que tienen los principios activos del cannabis y su uso está perfectamente homologado. Simplemente, consultando por Internet, he encontrado con el primer clic dos medicamentos que tienen el nombre de Cannabiben, que están en el mercado y que se pueden consumir por todo aquel que tenga necesidad de los mismos.

Si en esta proposición de ley está explícitamente excluido todo lo relacionado con el uso medicinal y terapéutico y la investigación sobre estos campos sanitarios, ¿qué está regulando? Lo que esta proposición de ley regula viene específicamente descrito en el epígrafe séptimo de la exposición de motivos. Dice lo siguiente: En vista de todo lo expuesto, sobran los motivos para que el Estado, dentro de sus competencias, proceda a regular el mercado del cannabis a través de esta ley, y así poder ordenar y dar respuesta a la sociedad en su conjunto frente a los retos que se plantean en relación con el uso, producción y comercio del cannabis en personas adultas. Es decir, ¿qué es lo que regula esta proposición de ley? El ciclo económico total desde la producción hasta la distribución y venta para el uso y consumo no terapéutico ni medicinal del cannabis. Es decir, la proposición de ley regula todo el ciclo económico

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 35

para el uso y consumo festivo-recreativo de una sustancia, que no solo no es inocua, sino nociva y susceptible de producción de efectos psicotrópicos y de reconocida peligrosidad para la salud en todos los medios científicos, hasta el punto de estar reconocida con tal carácter en múltiples tratados internacionales y hasta en la propia proposición de ley. El artículo 4, relativo a los principios rectores de la ley, apartado 8, dice: Información sobre los riesgos y daños asociados al consumo de cannabis: Partiendo de la base de que el cannabis no es una sustancia inocua, la presente ley protegerá la salud de las personas adultas consumidoras de productos del cannabis. Vemos, pues, que la proposición de ley regula no de una forma aséptica o en teoría neutral, sino de forma privilegiada y discriminatoria —y este es un contenido estrictamente jurídico que quiero destacar— el ciclo económico de una sustancia nociva para la salud y al margen de una prescripción profesional y facultativa con el único y claro objetivo de incentivar la producción y consumo de una sustancia que se reconoce claramente adictiva. En el epígrafe primero de la exposición de motivos se continúa diciendo: España es un país con más de tres millones y medio de personas consumidoras habituales, según los datos de la citada encuesta EDADES. Y sigue diciendo, cita literal: Según los datos aportados por el informe de 2020 realizado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, dependiente del Ministerio de Sanidad, en el mismo periodo de tiempo referido anteriormente —de 1995 a 2020—, el porcentaje de menores de entre catorce y dieciocho años que ha consumido cannabis, ha subido en 12 puntos porcentuales, del 20,9% al 33%. Es decir, los propios preceptos de la proposición de ley destacan el amplio consumo y el crecimiento progresivo.

Me van a permitir un inciso por cuanto en el texto de la proposición de ley aparecen numerosos conceptos indeterminados o carentes de contenido jurídico que para la lectura de un jurista no pueden pasar desapercibidos por las consecuencias que ello conlleva. La ley en reiterados preceptos hace referencias constantes a los usuarios y consumidores, estableciendo que el consumo va dirigido a personas adultas. Así, en el primer párrafo del epígrafe séptimo de la exposición de motivos dice: La proposición de ley persigue regular el mercado del cannabis a través de esta ley en relación con el uso, producción y comercio del cannabis en personas adultas. Pero, señorías, ¿qué son las personas adultas? Es un concepto jurídico indeterminado, porque hay personas que a los dieciséis años son adultas y otras personas que a los sesenta y dos años son totalmente inmaduras. Por tanto, la ley introduce un concepto indeterminado, lo que es grave, pero lo más grave no es solo no definir qué se entiende por persona adulta, sino no determinar a quién corresponde decidir cuándo una persona es adulta o no. Es esencial el artículo 6, por la importancia que tiene este precepto, porque dice: Acceso de los productos del cannabis en personas adultas —esa es la rúbrica—: Se permite el acceso a los productos del cannabis a adultos a través de dos vías que, a su vez, se subdividen en cinco. Me pregunto cuándo define la proposición de ley qué se entiende por una persona adulta y, sobre todo —y lo que es más grave e importante—, a quién le corresponde la decisión. Es cierto que en algunos preceptos —escasos— se hace referencia a la mayoría de edad, sin embargo, en el artículo fundamental que recoge el objeto y la permisividad de la ley, que es el que se refiere a la producción, la distribución y el consumo del cannabis, se hace explícita referencia a personas adultas, lo que, como indico, es un concepto jurídicamente indeterminado; y es muy grave que se vaya a introducir en una ley un concepto que permite autorizar posiblemente el consumo de cannabis en menores de dieciséis años si es que alguien los considera personas adultas.

El cannabis como sustancia adictiva. El consumo del cannabis es claramente perjudicial para la salud física y mental de los consumidores, como el resto de los estupefacientes. En el cannabis, como en todas las sustancias estupefacientes, se produce lo que en economía se llama el principio de utilidades marginales decrecientes que se puede explicar muy fácilmente. La primera unidad de cannabis produce una unidad de placer, pero conforme se va incrementando el uso del cannabis una unidad de cannabis ya no produce la misma unidad de placer. Es decir, cada vez es necesario consumir más cantidad de cannabis —como de cualquier otra sustancia estupefaciente— para que produzca la misma unidad de placer, de vía de escape o de tranquilización. La primera conclusión es que el consumo del cannabis produce una dependencia fisiológica. En segundo lugar, produce una dependencia psicológica; se habitúa la persona a utilizar el recurso mental de que para salir del estrés, de la angustia o de la depresión es preciso encontrar esa vía y que esa vía produce soluciones y un efecto placebo. En tercer lugar, lo que es idénticamente grave —o quizá mucho más— es que aboca al consumo de drogas mucho más lesivas, como la cocaína, el LSD o pastillas como el cristal. De todo el mundo es conocido que, aun cuando no todos los consumidores de cannabis acaban consumiendo drogas más dañinas, la práctica totalidad de los cocainómanos han empezado por consumir maría. Cuando uno fuma tanto cannabis que ya no encuentra satisfacción a sus necesidades, a su angustia y a su depresión, se pasa casi siempre a drogas

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 36

mucho más dañinas y con un proceso de deterioro mucho más irreversible. Además, el cannabis produce un deterioro incuestionable a la salud mental. Llevo dieciséis años en contacto con estas asociaciones. Hace escasamente doce años, de cada cien usuarios que venían solicitando la asistencia para un tratamiento de deshabituación de sustancias adictivas solamente un porcentaje muy pequeño requería la necesaria y simultánea asistencia para ser tratados de un trastorno mental. En la actualidad, menos de diez años después, este porcentaje que rondaba el 12% casi se acerca al 50% y los que vienen solicitando ayuda para deshabituación de sustancias adictivas tienen que ser simultáneamente tratados de un trastorno mental, de una patología dual y en muchos casos de un trastorno límite de personalidad.

La proposición de ley se refiere a la utilización del cannabis y a su capacidad adictiva y contempla explícitamente que su consumo se vaya incrementando, previendo un consumo cada vez mayor por los propios socios de los clubes sociales del cannabis. En el artículo 38.1 dice lo siguiente: Previsión de consumo de las personas socias: Toda persona socia en el momento en su inscripción establecerá una previsión de su consumo mensual de productos del cannabis, tomando el club social de cannabis cooperativo esa previsión como referencia para aumentar —¡para aumentar!— la cantidad de cannabis a producir en el siguiente ciclo de cultivo. El principio de mejorar una empresa con máxima productividad tiene sentido si el objetivo es el *business*. Si lo que se trata es de trabajar con una sustancia no inocua, sino claramente nociva y adictiva, el hecho de que se prevea en la proposición de ley explícitamente y no se contemple otra posibilidad que aumentar la previsión de consumo para el año siguiente en los clubs sociales de cannabis demuestra que está contemplando explícitamente —blanco sobre negro— el uso adictivo y el incremento de la producción por los mismos socios del club.

Voy rápidamente porque quisiera tocar muchos puntos, aun cuando solo sea para dejarlos apuntados a la espera de sus preguntas. Sobre la organización administrativa del consumo de cannabis, a pesar de las características nocivas y adictivas del cannabis, la proposición de ley establece una referencia a la organización administrativa para la regulación de esta sustancia que excluye casi competencialmente al Ministerio de Sanidad, prácticamente reduciéndolo a una participación puramente testimonial. En el artículo 8 se establece incrementar las proporciones elefantiásicas de la Administración española creando una nueva agencia que monopolice de una forma un omnipotente y omnipresente la regulación del mercado de esta sustancia en concreto. El artículo 8 dice lo siguiente: Creación de la agencia española de control de la regulación integral del cannabis —AECRIC en siglas—: Se creará la agencia española de control de la regulación integral del cannabis como un ente público independiente, con sede propia y adscrito al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. ¿Pero no estábamos hablando de la regulación del cannabis con efectos terapéuticos, medicinales o sanatorios? ¿Qué tiene que ver el órgano administrativo encargado de la gestión y administración del cannabis y la normalización de su uso con la Agenda 2030 y con el Ministerio de Derechos Sociales? Y dice en su párrafo segundo: La AECRIC tendrá absoluta competencia —¡absoluta competencia!, y esto quiere decir mucho en el ámbito administrativo— sobre las actividades de siembra, cultivo, cosecha, control, inspección, producción, extracción, elaboración, etiquetado, empaquetado, trazabilidad, control analítico —tomo aire (**risas**)—, transporte, acopio, distribución, dispensación, venta y comercialización de los productos del cannabis. Es decir, se crea una isla administrativa multidisciplinar y multinministerial transversal que afecta a aspectos fiscales y mercantiles, al transporte público, al cultivo y a la producción en relación con un solo producto: el cannabis. Entre las once personas que constituirán la junta directiva de la AECRIC, solo hay un representante del Ministerio de Sanidad, como recoge el artículo 13. Es necesario destacar esta regulación exhaustiva, a diferencia de la regulación absolutamente minimalista de otras cuestiones muy importantes. La regulación del órgano, de sus componentes, sus funciones y reuniones recibe un trato que no se justifica en una ley, porque lo normal es que estos aspectos de organización administrativa sean objeto de un tratamiento reglamentario. La ausencia del Ministerio de Sanidad, reducido a un solo representante, contrasta de nuevo con las finalidades esencialmente sanatorias, terapéuticas y aliviadoras del profundo dolor que sufren muchos pacientes que se autodiagnostican y se recetan cannabis.

Hay otro aspecto muy importante de la proposición de ley desde el punto de vista jurídico, y es que la proposición de ley propicia un trato privilegiado al consumo recreativo no medicinal del cannabis en todas las fases del ciclo económico productivo y la distribución de una sustancia nociva para la salud física y mental. La proposición de ley coloca al cannabis en una situación de discriminación y privilegio respecto a otros productos o servicios y vulnera el principio constitucional de igualdad del artículo 14 de la Constitución. En relación con el mercado de una sustancia no inocua, sino nociva, a diferencia del mercado, ciclo productivo y distribución de otros productos que son claramente saludables y beneficiosos para la sociedad, la proposición de ley saca del conjunto regulatorio mercantil, fiscal, laboral administrativo

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 37

o urbanístico todo lo relacionado con el cannabis. ¿Por qué no hacer lo mismo para otros productos inocuos y no peligrosos para la salud? Hagamos, por ejemplo, una proposición de ley en los mismos términos que la del cannabis también para el ciclo económico, producción, distribución y consumo saludable y no adictivo de la manzanilla, la tila, la menta poleo, la leche de avena o los helados sin gluten. ¿Por qué no? **(Aplausos)**. ¿Por qué no conceder las mismas ventajas fiscales, laborales o urbanísticas de los clubes sociales del cannabis, por ejemplo, a los clubes sociales deportivos o a las asociaciones de bicicletas? ¿Hay algo más notoriamente saludable que el uso de la bicicleta, que encima contribuye a una economía sostenible y a un urbanismo que protege el medio ambiente? Habida cuenta de que todo va dirigido al autoconsumo, concedamos los mismos privilegios mercantiles, fiscales o urbanísticos a las asociaciones de bicicletas para que los que compren las bicicletas y colaboren con el medio ambiente reciban el mismo trato que los consumidores y los productores del cannabis.

También establece una serie de privilegios fiscales para los clubs sociales de cannabis cooperativos. Los párrafos 7 y 8 del artículo 29 de la proposición de ley dicen lo siguiente: Los clubes sociales de cannabis cooperativos están exentos del pago de tasas para la concesión y mantenimiento de la licencia que les habilita para ejercer sus actividades —luego analizaremos la licencia— y los clubes sociales de cannabis cooperativos están exentos del pago de ¡cualquier impuesto! por la producción de los productos del cannabis o su dispensación a las personas socias. Como veremos luego, están exentos hasta del impuesto especial que quiere la ley precisamente para este tipo de actividad.

Además, la proposición de ley establece privilegios administrativos totalmente inconstitucionales. Hay artículos de la proposición de ley que comportan una invasión rotunda del principio de autonomía de las corporaciones locales. En cuanto a los clubes sociales de cannabis cooperativos, el artículo 30.3 de la proposición de ley dice lo siguiente: Los clubes sociales de cannabis cooperativos deberán solicitar las licencias urbanísticas pertinentes a nivel municipal para ejercer su actividad y los ayuntamientos no podrán denegar la implantación de estas actividades, salvo por cuestiones estrictamente técnicas y urbanísticas. Es decir, se trata de sortear la prohibición que existe en muchas ordenanzas municipales que impiden el establecimiento de clubs sociales, cooperativos o no, en menos de 500 metros de proximidad a los centros escolares. Este precepto legal, que invade rotundamente la competencia de las autoridades municipales y de las corporaciones locales, permite saltárselas a la torera y constituye un salvoconducto ilegal e inconstitucional con respecto a la implantación de los establecimientos y lugares para el consumo y la dispensación.

Pero es que la ley tampoco es neutral con respecto a esto, porque para incentivar el acceso a los clubes de cannabis, a los sitios de dispensación y de consumo, los artículos 39.6 y el artículo 41.2 establecen que en los espacios de dispensación de dichos centros se podrán ofrecer bebidas alcohólicas a los socios —en las empresas también a los clientes, aunque no dice si pagando—, siempre y cuando no sean de alta graduación. Tampoco se especifica qué son bebidas alcohólicas de alta graduación. De nuevo nos encontramos con un concepto jurídico indeterminado, de tal forma que en los centros de dispensación y de consumo se autoriza el consumo de bebidas alcohólicas, siempre y cuando no sean de alta graduación. Dicho coloquialmente: Mira Francisco, recogemos la maría y, de paso, en el club nos tomamos unas birras.

Asimismo, la proposición de ley impone una limitación endogámica —y esto es muy importante— en el acceso al mercado de trabajo en los clubs sociales y de las empresas. Además, se dice que el mercado del cannabis va a favorecer el mercado de trabajo, pero no es así. El artículo 32, relativo a las limitaciones en cuanto a la contratación de servicios, dice: Las personas socias del club social del cannabis cooperativo —luego se dice lo mismo para las empresas— serán las encargadas de gestionar todas las actividades relativas al ciclo completo de producción y dispensación de los productos del cannabis y la gestión interna de la entidad, pudiendo ser contratados a tales fines —artículo 32.1—. El artículo 32.2 dice: Los clubes sociales de cannabis cooperativos —también se dirá luego para las empresas— no podrán contratar los servicios de empresas o autónomos para la realización de las actividades incluidas en el punto 1 del presente artículo, salvo que se trate de empresas con licencia del mercado regulado del cannabis habilitadas —¡cómo no!— por la AECRIC a prestárselos. Es decir, todo queda en casa de la omnipresente y omnipotente AECRIC.

Quisiera hacer referencia a la preceptiva autorización y la intervención en el mercado no de clubs sociales cooperativos, sino de empresas, y aquí está la molla del *business* de esta ley. El mercado del cannabis abre las puertas a capitales que en otras partes del mundo sacan pingües beneficios con la negociación de la distribución y consumo de un producto claramente nocivo y perjudicial para la sociedad. Si

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 38

me lo permiten, luego en las preguntas tendré la oportunidad de desglosarlo, con ejemplos muy concretos. La proposición de ley contempla el desarrollo de actividades relacionadas con el cannabis no solo para clubes cooperativistas para el autoconsumo, sino que autoriza el negocio de productos y servicios relacionados con el cannabis no con finalidad terapéutica, sino para la obtención de beneficio y lucro empresarial, tal y como recoge el artículo 42.1 de la proposición de ley. A través del sistema de licencias del mercado regulado del cannabis, se permite a las empresas la siembra, cultivo, cosecha, producción, extracción, elaboración, venta y comercialización de productos del cannabis. Se permite a empresas, y de nuevo estamos ante otro jurídico concepto jurídico indeterminado. ¿Qué es una empresa? La noción de empresa no tiene una traducción jurídica clara y concreta. Carece de contenido técnico jurídico. No sabemos si se refiere a sociedades mercantiles, a otras entidades con personalidad jurídica distinta de sus componentes, a asociaciones, sociedades civiles, comunidades de bienes e incluso a personas físicas como empresarios individuales.

De nuevo, para las empresas relacionadas con el cannabis se establece el mismo salvoconducto para desactivar las competencias de las ordenanzas municipales para prohibir la apertura de locales en las proximidades de centros escolares. De nuevo, para las empresas, el artículo 42.6 dice: Los ayuntamientos no podrán denegar la implantación de estas actividades en empresas, salvo por cuestiones estrictamente técnicas y urbanísticas.

La señora **PRESIDENTA**: Disculpe que le interrumpa, señor Corno, pero tiene que ir apuntando ya hacia el final de su intervención.

El señor **CORNO CAPARRÓS** (abogado experto en temas de adicción): Saltándome epígrafes, la actividad empresarial lucrativa se condiciona a la obtención de una previa licencia y al pago de una tasa. Sin embargo, si se estudian claramente los preceptos, las licencias —¡cómo no!— las concede la AECRIC, no los ayuntamientos, y serán gratuitas en casi todos los supuestos. Cabe señalar que la proposición de ley establece una serie de paraísos fiscales territoriales para empresas de producción y, así, el artículo 42.4 dice: Las tasas a las que se refiere el punto 2 en este artículo serán gratuitas para las licencias de producción de productos del cannabis que se soliciten con el objeto de ser implementadas en Illes Balears, islas Canarias, Ceuta, Melilla o en cualquier provincia donde la densidad de población sea inferior a 100 habitantes por kilómetro cuadrado. Otra trampa. Se establece un criterio para establecer la gratuidad de las tasas siempre y cuando en las provincias exista una densidad de población inferior, pero eso permite que las capitales de provincia puedan beneficiarse de la gratuidad cuando en la provincia la ratio sea claramente inferior.

También se utiliza muy mal el lenguaje deliberadamente. Se habla de licencias de investigación botánicas porque aquello de botánico suena a ecológico, suena a planta o algo así. Pero en realidad no hay licencias de investigación botánicas, porque dice que la licencia de investigación botánica con cannabis habilita a la empresa a realizar proyectos de innovación, desarrollo e investigación basados en cualquier cuestión a nivel botánico, industrial o agronómico relacionada con el cannabis,

La señora **PRESIDENTA**: Señor Corno, tiene que ir concluyendo.

El señor **CORNO CAPARRÓS** (abogado experto en temas de adicción): También a las empresas licenciadas por la AECRIC se les aplica la misma limitación para contratar servicios, más que a otras empresas.

Además, la actividad empresarial está controlada. Me sorprende porque me parece estar viendo una película de ciencia ficción cuando el artículo 48 dice: Todas las instalaciones de las empresas con licencia en el mercado regulado deberán estar videovigiladas de forma íntegra y continua, excepto en los espacios de venta y consumo de productos de cannabis. La AECRIC tendrá la capacidad de visualización en tiempo real y se deberá garantizar la conservación y evitar la degradación de imágenes durante un mínimo de tres meses. Estamos en *Matrix*, estamos en el ojo que todo lo ve. La AECRIC tiene derecho a vigilar y a grabar todo lo que sucede en las empresas en todas las fases de producción. Creo que no necesito decir más, produce auténtico espanto.

Para concluir, quisiera hacer una referencia a la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos realizados con el cannabis. A pesar del principio general de prohibición, contiene tantas excepciones y son de tal intensidad que realmente abren la puerta a una publicidad excesiva.

No tengo nada que decir con respecto al impuesto especial sobre el producto del consumo de cannabis, ya que existe una absoluta indefinición del hecho imponible, de la base, de la cuota y del destino de la recaudación. Cuidado, porque dice que dos tercios de lo recaudado se destinarán a partidas presupuestarias de educación, sanidad, Agenda 2030 y transición ecológica, pero no hace ni una mínima mención a la

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 39

afección de la recaudación de la tasa para la prevención de adicciones, el tratamiento o la reinserción social de los adictos.

Concluyo. La exposición de motivos hace referencia a la necesidad de legalizar las sustancias adictivas. La legalización de las sustancias adictivas en ningún momento es una solución, como sucede y queda acreditado en todos los países del mundo. El consumo de sustancias adictivas legales en España —el tabaco y el alcohol fundamentalmente— es lo que produce más riesgos y más daños a la salud y solo se sustenta, en primer lugar, en una finalidad claramente recaudatoria y, en segundo lugar, en el gran negocio que está detrás del consumo de alcohol y tabaco. Lo mismo pasará si se llega a normalizar y regularizar el uso del cannabis.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, pasamos al turno de portavoces, que ya saben que tienen un tiempo de tres minutos. En primer lugar, tiene la palabra la portavoz del Grupo Parlamentario Vasco, la señora Gorospe.

La señora **GOROSPE ELEZCANO**: Gracias, presidenta.

Señor Corno Caparrós, bienvenido a la Subcomisión, pero tengo que decirle dos cosas. Una es que se ha confundido en la iniciativa política que es objeto de debate en este momento. No sé de dónde procede el error, pero usted ha hecho un análisis de una proposición de ley que presentó un grupo parlamentario y que no es objeto de debate en esta Subcomisión. Precisamente lo que pretende analizar y estudiar esta Subcomisión es lo que esa proposición de ley deja fuera. El objeto es este: Según el acuerdo adoptado por el Pleno del Congreso de los Diputados en fecha 10 de junio, a propuesta de la Comisión, la Subcomisión tendrá por objeto analizar experiencias de regulación del cannabis para uso medicinal. Punto. Todo lo demás es otra proposición de ley, otra iniciativa política presentada por Unidas Podemos, que se debatirá en su momento en Pleno, pero no aquí. Todo eso queda excluido de esta Subcomisión. El objeto de esta Subcomisión —y de lo que aquí están hablando los demás expertos que han venido— es analizar las experiencias promovidas por distintos gobiernos que tienen en marcha programas de uso médico de cannabis y escuchar a cuantos agentes y personas expertas se considere oportuno a tal fin, a ese fin. Por lo tanto, aquí lo que nos interesa conocer es, en su caso, el análisis jurídico desde su perspectiva profesional de esas normativas de distintos ámbitos internacionales, de otros Estados, que regulan el uso médico del cannabis. Punto. Todo lo demás se refiere a una iniciativa que no está siendo objeto de debate en esta Comisión, aunque por cortesía parlamentaria no se le haya interrumpido en su exposición. Si en los cinco minutos que quedan pudiera hacer un análisis jurídico de esas iniciativas de otros Estados que regulan el uso médico del cannabis y —vuelvo a decir— nada más que eso, perfecto.

Gracias.

La señora **PRESIDENTA**: A continuación, por el Grupo Parlamentario de Unidas Podemos, tiene la palabra la señora Muñoz.

La señora **MUÑOZ DALDA**: Gracias, presidenta.

Muchísimas gracias, señor Corno Caparrós. En Unidas Podemos solo podemos agradecerle que se haya leído nuestra proposición de ley con tantísimo interés y hemos tomado nota de las críticas que ha hecho. No tengo mucho más que añadir a lo que le ha comentado la portavoz del PNV. Nada de lo que aparece en nuestra proposición de ley es objeto de estudio en esta Subcomisión. Se hizo así a propósito, porque son debates absolutamente diferentes. En cuanto a las problemáticas que abordamos en nuestra proposición de ley —y no quiero entrar a rebatir nada de lo que de lo que usted ha expuesto, porque tengo tres minutos y porque no es objeto de esta Comisión—, evidentemente hay una visión política absolutamente diferente de cuál es el problema resolver. Aun así, no deja de ser interesante el análisis que ha realizado, pero, como le digo, no le vamos a hacer ninguna pregunta porque no ha aportado mucho a lo que estamos haciendo aquí. Creo que el grupo que le ha invitado, el Grupo Popular, le podría haber transmitido esto, porque es una pena no haber podido contar con un análisis jurídico de las normativas en otros países.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario VOX, tiene la palabra el señor Steegmann.

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 40

El señor **STEEGMANN OLMEDILLAS**: Muchas gracias, señor Corno.

A nosotros nos ha resultado muy útil porque esto tiene un histórico. La proposición de ley de Más País, también conocido como 'más hachís', fue echada al corral por esta Cámara, entre otras cosas, porque la señora Muñoz de Podemos le acusó —por cierto, de una forma muy elegante— de haber copiado el texto de las asociaciones cannábicas. Nos parece muy pertinente recordar esto, porque esa proposición de ley de Más País era para uso profesional, medicinal y recreativo, y no fue considerada por esta Cámara. Por lo tanto, incluía todo, a diferencia de la proposición de Podemos, que, por su longitud, parece la constitución de la Unión Soviética, con 111 artículos y disposiciones adicionales sin número, o también el Estatuto de Cataluña. No sé de dónde los habrán extraído los de Podemos, pero le agradecemos mucho el análisis que ha hecho, porque, si no lo retiran los del Grupo de Unidas Podemos, nos servirá para tener una munición intelectual que agradecemos muchísimo.

Así que, a pesar del posible malentendido que haya podido existir, esto para nosotros es tremendamente bienvenido. Le damos las gracias; nos es útil, pero no creemos que nos sea útil a nosotros por ser un grupo parlamentario de una determinada tendencia respecto a este problema en concreto, pues nos oponemos a la aprobación del uso medicinal, sino porque da argumentos intelectuales sólidos, a mi modo de ver, que aportan luz a este problema que tenemos por deseo de algunos grupos de esta Cámara, que no sé qué intereses más o menos ocultos tienen.

Muchas gracias de nuevo, señor Corno, y a su disposición.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

A continuación, por el Grupo Parlamentario Popular, tiene la palabra la señora Castillo.

La señora **CASTILLO LÓPEZ**: Gracias, presidenta. Buenas tardes ya, compañeros.

Gracias por su intervención, señor Corno Caparrós. Ha hablado usted claro, con rigor y con seriedad, y si bien es cierto que ha centrado su exposición en una visión que tiene una parte del Gobierno sobre un tema tan importante como es la legalización del cannabis, yo creo que ha hecho usted una radiografía muy clara de cómo piensa una parte del Gobierno y lo que piensan hacer con el cannabis, nos guste más o nos guste menos. Usted lo que ha hecho ha sido una radiografía de esa forma en la que ve y va a tratar el cannabis una parte de este Gobierno. Y si antes nos preocupaba la falta de evidencia científica, nos preocupaba el daño sobre la percepción de riesgo, la tolerabilidad, los efectos secundarios, pues ahora nos preocupa realmente esa visión que tiene el Gobierno, máxime cuando usted lo ha analizado y hemos visto tantísimas cosas en tantos epígrafes que no nos había dado tiempo a desgranar. Pero lo que nos viene a decir es que, más allá de la salud pública, está la parte económica o el posible mercado que pretende abrir una parte de este Gobierno y que las razones económicas, los *lobbies*, la industria del cannabis, que es una industria influyente y millonaria, puede estar promoviendo una legislación que no aporta justicia social, que no es el objetivo que deberíamos buscar los que estamos en esta sala, sino el de la salud pública y el de esa salud mental para nuestros jóvenes y no tan jóvenes.

Por eso, yo le voy a hacer una pregunta: ¿nos podría poner usted algún ejemplo práctico de las grandes dicotomías que hay entre las leyes de legislación del cannabis que usted conoce? Ya que se ha centrado mucho en la proposición de ley de Podemos y nos ha desgranado usted todo lo que vamos a tener que utilizar cuando se debata ese proyecto legislativo, nos gustaría que nos hiciese un desglose de algún ejemplo práctico de lo que usted considera que se ha hecho bien y mal en relación con la legislación del cannabis.

Muchísimas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchas gracias.

Por el Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra el señor Viondi.

El señor **VICENTE VIONDI**: Ya casi buenas tardes, señor Corno. **(El señor Steegmann Olmedillas: Sí, buenas noches casi).**

Señor Steegmann, usted tiene...

La señora **PRESIDENTA**: Por favor, ruego silencio y que no entren en debate.

El señor **VICENTE VIONDI**: ... una gran formación académica, pero la educación, a veces, le falla. **(El señor Steegmann Olmedillas: Disculpe. Mis disculpas).** Respete el turno igual que hacemos nosotros, que aunque no nos gusten muchísimas cosas de las que dice, somos casi siempre —por no decir el cien



# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 41

por cien de las ocasiones— respetuosos con su turno de intervención. Cumpla usted. (**El señor Steegmann Olmedillas: Está usted desorientado no solamente en eso...**).

La señora **PRESIDENTA**: Señor Steegmann, por favor, ruego silencio. Continúe, señor Viondi, que es el diputado que está en el uso de la palabra.

El señor **VICENTE VIONDI**: Señor Corno, gracias por su intervención, lo digo por cortesía, y lo digo por cortesía porque, en el fondo, lo que lamentamos es que le hayan hecho acudir a esta Comisión desinformado. Porque me consta que el letrado y la Cámara le informaron de que se trataba de una subcomisión para el estudio de una posible regulación del cannabis medicinal, y me preocupa que usted nos haya hablado —fíjese, se lo voy a decir muy claramente— de una proposición de ley que está registrada en esta Cámara, que ni tan siquiera ha sido debatida en el Pleno ni ha sido planteada. Es decir, es un texto que está publicado en el Boletín de las Cortes, pero que el grupo proponente ni tan siquiera ha decidido todavía elevarlo a Pleno. En mi experiencia parlamentaria nunca jamás había visto traer a un compareciente para que hable de una proposición de ley que está registrada aún sin debatir y de un grupo parlamentario y no del Gobierno, puesto que cuando se presenta un anteproyecto sí se hacen comparecencias previas. Yo he estado en algunas de ellas y creo que todos mis compañeros y compañeras han estado en algunas previamente.

Lo lamento, y la verdad es que podía tener un tono jocoso con usted, pero creo que tengo que ser cortés con su presencia y agradecerle que haya venido aquí. La única pregunta que le voy a hacer es muy sencilla: ¿quién le dijo a usted que viniera aquí a hablar de la proposición de ley de Unidas Podemos?

Nada más. Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias.

A continuación, tiene un último turno de intervención. Le pido brevedad, porque nos hemos excedido un poquito en el tiempo en su primera intervención. Tiene cinco minutos para contestar, aunque ya sabe que hay un poquito de flexibilidad, pero le ruego que sea en torno a ese tiempo para poder continuar con los trabajos y con la agenda parlamentaria. Tiene la palabra.

El señor **CORNO CAPARRÓS** (abogado experto en temas de adicción): Claro que sí, muchas gracias.

Mis escasas y casi únicas palabras no pueden ser más que para agradecerles su presencia y su paciencia, porque he venido a hablarles de algo para lo que no estaba supuestamente invitado. Les aseguro que he venido con mi máxima buena fe. He dedicado una parte importante de mis vacaciones a estudiar con rigor y con seriedad de lo que se supone que debería venir aquí a hablarles; no tengo otra excusa ni otra justificación.

Respondiendo a su pregunta sobre quién me dijo que viniera aquí, no me lo dijo nadie, me ofrecí yo, porque este es un tema que me preocupa, que llevo viviendo desde la primera línea desde hace muchos años y lo estoy viviendo en directo. Este es un problema que honestamente me preocupa, y de la misma forma que he hablado de críticas a esta supuesta proposición de ley, no puedo contestarle sobre los efectos en derecho comparado y otras leyes similares, porque no lo he estudiado. No sería serio que ahora tratara de repentizar para tratar de salvar mi intervención. Lo ignoro absolutamente.

De la misma forma que he apreciado críticas, en la ley hay una permanente referencia a la consideración de la mujer, que es algo que me parece extremadamente importante. Pero quisiera llamarles la atención porque en el respeto a la mujer como novia, amante, esposa y maltratada, muchas veces en el tema relacionado con sustancias adictivas se olvida a las madres. Yo he asistido a muchas asociaciones en las que no solo asesoramos a los usuarios y a los que sufren los efectos de las drogas, sino a sus familiares, porque nadie, nadie, sale de la droga si no es con la ayuda de alguien, en compañía. Y quisiera relatarles el enorme sufrimiento que padecen los padres y las madres con respecto a los hijos que sufren una drogadicción.

Mire, una amante, una esposa, una novia o una amiga pueden romper, más o menos dificultosamente, el vínculo con el maltratador, con el novio, el esposo, el amante, la pareja, el jefe o quien sea, pero una madre no puede romper el vínculo con su hijo; no puede divorciarse ni separarse de él, sobre todo, porque las madres ven a los adictos como lo que realmente son, como enfermos, no como delincuentes. Se debiera de prestar una enorme atención a las relaciones paternofiliales en el ámbito de la drogadicción. Resulta realmente sorprendente que en los delitos de violencia de género se ponga el acento en el sexo del sujeto pasivo del delito y no en las causas que lo producen. No se puede entender que si uno se salta

# DIARIO DE SESIONES DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## COMISIONES

Núm. 650

19 de abril de 2022

Pág. 42

una señal de velocidad de 60 kilómetros por hora se investigue y figure en el atestado que conducía bajo los efectos de sustancias alcohólicas o de sustancias estupefacientes y, cuando uno se carga a su padre y a su madre, no se hace referencia a que muchos de esos crímenes y lesiones se han producido bajo los efectos de estas sustancias. No tiene ningún sentido. Y, sobre todo, quiero llamarles la atención sobre la insuficiencia de medios de la Administración española en el tratamiento de estos supuestos. No se estudia, la medicina forense no da la atención debida a los adolescentes que cometen delitos. Normalmente todo se traduce en delito de lesiones, que escasamente tiene repercusiones penitenciarias, pero los padres tienen que continuar conviviendo con su hijo enfermo en su casa. No lo pueden tirar a la calle, porque si va a la calle vuelve peor, y son objeto de un maltrato sordo y continuado durante toda su vida.

En la Comunidad Valenciana, el 10% de los delitos se producen en el seno de las relaciones paternofiliales, en personas que son objeto de comportamientos adictivos. ¡Ustedes no se dan cuenta de lo que puede sufrir un padre y una madre cuando ven que reciben a su hijo en casa y ellos no pueden dormir durante meses y años porque no saben si van a salir vivos a causa de su propio hijo! Y me lo dicen y me lo repiten: mi hijo no tiene que quitarme la vida, se la regalo yo; se la regalo.

Muchas gracias.

La señora **PRESIDENTA**: Muchísimas gracias, señor Corno Caparrós, y muchas gracias también por toda la información que ha puesto a disposición de esta Comisión.

Se levanta la sesión.

**Eran las tres y cuarenta y cinco minutos de la tarde.**