



Revista de Fomento Social, 54 (1999), 197-219

Reflexiones éticas sobre los programas de sustitución para dependientes a opiáceos

Para bien o para mal, todo lo relacionado con el tema de las drogodependencias está de moda. De ahí que se estén publicando bastantes trabajos sobre el tema. Sin embargo, ¿es válido todo lo que se realiza? La bibliografía sobre drogas no para de ampliarse en los últimos años, pero pocas veces se plantean estudios críticos sobre los procedimientos terapéuticos que se están poniendo en práctica. El trabajo que se presenta aborda dicha cuestión. En una primera parte, describe sintéticamente cuáles son los programas que se han aplicado en España y posteriormente, realiza una reflexión ética sobre los mismos, en la que ofrece una serie de criterios éticos para seguir avanzando en la aplicación de los programas terapéuticos.

Daniel IZUZQUIZA S.J.

Introducción

La metadona ha modificado significativamente el panorama de las drogas. Casi podríamos decir que, desgraciadamente, la metadona está de moda. Mientras que a principios de esta década en España se trataba de una respuesta minoritaria y mal considerada, hoy la situación ha cambiado, como podemos observar con un par de datos a modo de ejemplo:

- En 1987 había en España 1.000 usuarios en tratamiento con metadona, mientras que en 1997 eran ya 58.653 (1).
- En un sondeo de opinión publicado en 1991, se afirma que el 40% de la población española está en contra de los programas con metadona, y un 49% a favor; por su parte, el estudio del ayuntamiento de Madrid de 1997, daba más del 85% de la población a favor, y un 14.5% en contra (2).

La cuestión no es sólo que haya aumentado el número de usuarios, centros de tratamiento y profesionales involucrados en los programas de mantenimiento con metadona (PMM), ni que esto haya producido un significativo cambio en la percepción que de los mismos tiene la opinión pública, sino que parece que en un breve lapso de tiempo se ha pasado de la crítica absoluta, casi demonizadora, al apoyo masivo y acrítico, como si estuviésemos ante la panacea universal. Sin duda, este proceso está condicionado por una sensación de fracaso y hastío generalizado en el tratamiento de las adicciones a las drogas, especialmente a la heroína, así como por la irrupción demoledora de la pandemia del sida.

Ahora bien, por estas mismas razones, se impone un proceso de clarificación y reflexión que ayude a situar las cosas en su sitio, a evitar expectativas desmedidas, a corregir acciones imprudentes o toma de decisiones incorrectas, a mejorar la eficacia y calidad de la intervención, a diseñar modelos de actuación adecuados. Es evidente que unos pocos años no es tiempo suficiente para modificar con hondura el imaginario colectivo de la sociedad ni la praxis profesional general; pero, después de una década de presencia habitual de la metadona en España, sí es preciso tomarse un tiempo tranquilo de reflexión y análisis para profundizar en la realidad que está tras la moda de la metadona. A ello quieren contribuir estas

(1) Datos de las Memorias anuales del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).

(2) J. NAVARRO y E. GÓMEZ: *Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el municipio de Madrid 1997*, Madrid 1998, p. 387.

páginas, muy especialmente desde una perspectiva ética.

Aclaración terminológica

En un primer momento, y antes de entrar en materia, es conveniente hacer un apunte de aclaración de los términos más frecuentes, para evitar la confusión y saber a qué nos referiremos en cada momento:

- *Programas de sustitución*: son todas las estrategias de intervención, de distinto carácter metodológico, destinadas a modificar el desarrollo incontrolado de las conductas de dependencia, mediante la sustitución de las sustancias objeto de consumo por otras que permiten un mejor control sanitario y más facilidades para la integración social y familiar, con el fin de mejorar la esperanza y calidad de vida de los sujetos;
- *Programas de mantenimiento con metadona (PMM)*: constituyen un caso particular de los programas de sustitución, en el que se sustituye la heroína por metadona. Sin duda, es el más extendido con gran diferencia y por ello en este trabajo se considerarán casi equivalentes (aunque haremos alguna alusión a la sustitución con LAAM);
- *Programas de reducción de daños*: intentan evitar los daños asociados al consumo de drogas, e incluyen una variedad de estrategias como programas de intercambio de jeringuillas (que pueden incluir también papel de aluminio para favorecer el cambio de vía en el consumo de heroína, agua destilada y toallitas de alcohol), dispensación de preservativos, talleres de sexo seguro, programas *outreach*, programas de salud (vacunas, profilaxis y tratamiento de la tuberculosis), consejo sanitario sobre prácticas de riesgo, salas para el consumo controlado de heroína, o incluso dispensación controlada de heroína.

Dentro de los PMM podemos distinguir entre:

- *Programas orientados al cambio*: el tratamiento con metadona es sólo un paso para lograr el objetivo final, que es la abstinencia sin opioides. Se llaman también programas de alto umbral o de alta exigencia y suelen tener una estructuración más rígida y restrictiva;
- *Programas de orientación paliativa*: destinados a reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la dependencia de heroína; se llaman también programas de umbral bajo o de baja exigencia, por su mayor flexibilidad y menor

nivel de exigencia.

En lo que sigue, mientras no sean necesarios más matices, voy a utilizar la simplificación de considerar como prácticamente intercambiables PMM y programas de sustitución (en España, aunque también se pueden utilizar otras sustancias sustitutivas como el LAAM y la buprenorfina, su uso es tan escaso que no son significativas); por otro lado, a veces me referiré a los PMM como programas de reducción de daños, sin más matices, sabiendo que son sólo una pequeña parte de los mismos.

Análisis crítico de los modelos conceptuales

Después de esta aclaración de términos, casi al modo de un glosario, se puede tener la sensación de complejidad y barullo. La realidad es compleja, ciertamente, pero no tiene por qué estar enmarañada. Lo cierto es que, detrás de las diversas propuestas de intervención en materia de drogas, se pueden descubrir distintos modelos conceptuales. A esta cuestión nos dedicamos ahora.

A) La novedad de los programas de sustitución

En primer lugar, debemos abordar la diferencia entre los programas libres de droga (PLD) y los de sustitución; los primeros han dominado la escena española hasta los años 90, de un modo absoluto y casi exclusivo. Por ello, se puede decir que la entrada de los programas de reducción de daños en el panorama español (y su progresiva asimilación por parte de profesionales, usuarios, agentes sociales y opinión pública) ha supuesto un verdadero cambio de paradigma, aunque sólo sea por la desaparición del monolitismo anterior. Es preciso, por tanto, ofrecer una breve descripción de las diferencias entre ambos modelos; cosa que hago a continuación modificando ligeramente el esquema tomado de Abeijón (3):

(3) J.A. ABEIJÓN: *El horizonte de las intervenciones sobre drogas: hacia una complementariedad de estrategias*, Madrid 1999 (en prensa).

	En los programas libres de drogas	En los programas de sustitución
Punto focalizador	Sobre la persona	Sobre la sustancia
Tipo de objetivos	Totales (abstinencia)	Parciales
Carácter de los tratamientos	Largos y complejos	Intervenciones concretas con recursos definidos
Modelo de intervención	Psicoterapéutico y psicoeducativo	Sanitarista y/o biologicista
Valoración del consumo	Se cuestiona	No se cuestiona
Dirección del tratamiento	En el equipo profesional	Compartida por el paciente
Papel de la demanda	Se trabaja y se considera	Se acepta

A) Al interior de los programas de sustitución

Ahora bien, en segundo lugar se constata que dentro de los modelos de sustitución hay evidentes diferencias. Es cierto que el discurso dominante es bastante homogéneo, y que todo el mundo pretende hacer una intervención integradora, multidimensional, ambiciosa y realista, gradual y posibilista (lo que podríamos llamar modelo abarcativo); pero la realidad es mucho más compleja, y se tiene la impresión de que simplemente podemos estar hablando un lenguaje políticamente correcto que no necesariamente responde a la praxis concreta (parecido a lo que, desde los años 80, fue el modelo biopsicosocial, aceptado teóricamente por todos, pero con realidades de intervención muy diversas).

De hecho, ya hemos indicado que el proceso de asimilación de los PMM ha sido relativamente rápido para unos colectivos profesionales y sociales que venían de un paradigma muy diferente. Es lógico que la adaptación sea imperfecta, y que cada sujeto mantenga en el trasfondo posiciones, actitudes, convicciones y formas de actuar muy diferentes entre sí, fruto de la formación y experiencia anteriores. Esto no es necesariamente malo, pero debe reconocerse así; lo peligroso sería mantener un discurso compartido que no responda a una práctica común sino divergente.

Por eso es interesante sacar a la luz los modelos implícitos que se pueden detectar en los modos de trabajar con PMM en España, con el objeto de clarificar la situación y permitir de hecho una complementación más real y eficaz, más consciente también de sus límites.

Para ello me voy a apoyar básicamente en los trabajos de Eusebio Megías (4); pero voy a condensar todo su análisis en un cuadro sintético que, obviamente, es una simplificación. Espero que se gane en claridad y rapidez, aun a costa de perder matices; es evidente que cualquier intento de clasificación taxonómica deja de lado gran parte de la realidad, mucho más si ésta se presenta meramente como un cuadro sintético. Con todo, dado el carácter de este trabajo, he considerado necesario hacerlo de este modo, remitiendo al sentido común del lector, y a los artículos de Megías citados en nota. Aún así, quiero hacer constar que la entrada «colectivos que los sustentan» tiene, obviamente, un carácter meramente ilustrativo y no descriptivo de la realidad; igualmente, al referirme a límites y riesgos, no todos lo son de la misma manera: algunos son palpables y cotidianos, mientras que otros son sólo posibles riesgos asociados a una visión unilateral.

Evolución y análisis ético del marco legislativo

Hemos estado refiriéndonos al proceso de evolución de los PMM en España, que lógicamente tiene un reflejo en el marco legislativo. Dado que éste es a la vez reflejo y causa parcial de la propia situación, en tanto que regula el ámbito de actuación e intervención, me parece imprescindible presentar aunque sea brevemente la evolución del mismo. Voy a fijarme sobre todo en los criterios de inclusión en los programas, en el sistema de prescripción y dispensación de la metadona, y en las repercusiones prácticas de la legislación. En aras de una mayor claridad, distingo dos etapas (5); a continuación, en un tercer apartado, haré algunas reflexiones de índole ético.

(4) E. MEGÍAS: *Los programas de reducción de daños: marcos conceptuales y éticos* en: IV CONGRESO EUROPEO SOBRE REHABILITACIÓN Y POLÍTICAS DE DROGAS: *Libro de Comunicaciones*, Marbella 1999, pp. 105-113; ID.: *Análisis crítico de los modelos de sustitución en España*, Madrid 1999 (en prensa).

(5) V. MARTÍ: *Panorámica histórica de los programas de sustitución en España*, Madrid 1999 (en prensa); M. DEL RÍO y M. DE ANDRÉS: *Metadona y legislación en España* en W. PARRINO: «Manual de Tratamiento con Metadona», Barcelona 1997, pp. 333ss.

MODELO	Sanitarista-funcional	De control social	Fenomenológico-existencial	Neurobiológico
Concepción de la drogadicción	Problema de salud pública	Amenaza para la integración social	Proceso de construcción individual de una patología ligada dialécticamente a la vida	Deficiencia neurobiológica (alteración de los neurotransmisores)
Objetivos individuales	Evitar enfermedades y muerte	Favorecer la integración social	Acompañar terapéuticamente el proceso de construcción personal	Corregir la enfermedad
Objetivos colectivos	Eliminar riesgos contra la salud pública	Eliminar amenazas para el orden social	No se consideran importantes	No se consideran
Estrategias	Médicas de higiene pública	Aplacamiento, evitación de agresiones, control de la frustración	Acompañamiento del proceso, corrección de déficits	Reconstrucción neuronal
Colectivos que los sustentan	Profesionales de salud pública y colectivos anti-sida	Grupos de ciudadanos, jueces	Psicólogos	Psiquiatras, farmacólogos, biólogos
Motivo inicial, punto de arranque hacia los PMM	Propagación del sida, tuberculosis, hepatitis...	Alarma social, delincuencia, inseguridad ciudadana	Fracaso de los PLD	Hallazgos neurobiológicos, hipótesis de la automedicación
Límites y riesgos	Despreocupación por la dependencia	Exclusión, alienación del sujeto	Descuido del ámbito social. Planteamiento más teórico que real	Reducción del sujeto a enfermo irreductible. Extrapolación de una hipótesis a casos generales
Visión de los PMM	Necesarios, útiles, lógicos	Barrera protectora, defensiva, tranquilizadora	Instrumento útil en el proceso	Tratamiento primario, estrategia fundamental

A) La situación hasta el año 1990

Antes del año 1983, los *criterios de inclusión* remitían a pacientes terminales que recibían opiáceos de forma continuada, mientras que el *sistema de prescripción y dispensación* se realizaba a través del llamado «carnet de extradosis» (controlado y distribuido por los colegios de médicos a aquellos facultativos que lo solicitaban). Las principales *repercusiones* de este sistema fueron la proliferación de programas o pseudoprogramas de mantenimiento con metadona en la asistencia privada, consistiendo en la mayoría de los casos en la simple prescripción de la receta sin ninguna terapia de apoyo complementaria; se empezó a generar un verdadero mercado ilegal de metadona, y una cada vez mayor situación de descontrol.

La Orden Ministerial del 23 de Mayo de 1983 es la primera normativa con relación a la prescripción, uso y dispensación de metadona para pacientes con dependencia a opiáceos. Su finalidad última fue determinar la necesidad de englobar el caso de la metadona en un plan terapéutico más amplio, en el que el fármaco fuera considerado como un instrumento y no como un método terapéutico.

Las principales novedades se refieren al *sistema de prescripción y dispensación*, pues plantea la necesidad de un plan terapéutico individualizado que deberá ser aprobado por los servicios competentes de Salud Pública, se establece la solución extemporánea como forma de administración y la necesidad de acudir cada 4 días a retirar la dosis (prohibiendo la prescripción de inyectables y formas orales no líquidas) y limita la vigencia del carnet de extradosis a 30 días.

En 1985 se publican la Orden Ministerial del 31 de Octubre y la Resolución de la Dirección General de Salud Pública de 22 de Noviembre, cuya principal novedad es la definición de competencias en la regulación de los PMM: la custodia y disposición de la metadona era competencia de la Administración Central, pero lo relativo a la dispensación era competencia autonómica, en tanto que asistencial.

En cuanto a los *criterios de inclusión*, se piensa en pacientes con dependencia a opiáceos en pautas de desintoxicación a corto plazo (menos de 21 días) o largo plazo (más de 21 días), con una serie de requisitos específicos: mayores de 18 años, dependencia a opiáceos de al menos tres años de evolución, patología orgánica asociada, no concomitancia de politoxicomanía, ausencia de trastorno psiquiátrico grave, y haber realizado al menos dos tratamientos libres de drogas.

El *sistema de prescripción* se apoya en los centros públicos o en privados sin ánimo de lucro y autorizados por los organismos competentes de cada Comunidad Autónoma. La *dispensación* de la sustancia deberá realizarse «in situ», impidiendo así el desvío al tráfico ilícito. Se establece una dosis máxima de 40 mg/día, salvo autorización expresa de la Comisión Territorial y circunstancias excepcionales. Como mínimo durante los tres primeros meses la dosis debía suministrarse diariamente en el propio centro (incluyendo los festivos). A partir del cuarto mes y si la evolución era positiva, se podían administrar dosis para llevar para un máximo de tres días y siempre con dosis inferiores a 15 mg/día.

Las principales *repercusiones* fueron el progresivo desarrollo y mayor homogeneidad de los PMM, un mayor rigor y seguimiento de los usuarios de los programas y una disminución del número de pacientes en tratamiento. Además, se plantea una situación de desorganización muy importante y uso indiscriminado de la metadona; las Comisiones tenían un protagonismo excesivo en contra del criterio profesional y además su ideología predominante se asentaba en un modelo de tratamiento orientado a la abstinencia; la explosión del SIDA y el desarrollo de los PMM en el contexto internacional exigía una revisión de la OM del 85.

B) La situación a partir del año 1990

La promulgación del Real Decreto 75/1990 supone el reconocimiento de la necesidad de reducir las conductas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de los adictos a opiáceos, y en consecuencia, la necesidad de facilitar un mayor acceso a los tratamientos con metadona. A partir de este Decreto se inicia un proceso de progresiva flexibilización de los criterios y condiciones de los tratamientos con opiáceos.

Los *criterios de inclusión* remiten a un diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos y a haber realizado al menos un intento de tratamiento en otra modalidad; sin embargo, se incluyen también pacientes que sin cumplir los criterios anteriores, hayan contraído la infección por el VIH o con patología orgánica grave.

El *sistema de prescripción y dispensación* se apoya en la creación de una Comisión Autónoma para la acreditación de los centros que quieran realizar tratamientos; se priorizan los centros sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro; por primera vez se contempla la posibilidad de acreditar a centros penitenciarios u otros de carácter no estrictamente sanitario; se indica que la

medicación utilizada será elaborada, cuando proceda conservada y administrada por los servicios farmacéuticos de los centros autorizados o en su defecto por los organismos competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo u oficinas de farmacia acreditadas; se mantiene la administración de solución extemporánea siempre que sea posible; se reconoce la libertad del facultativo en ajustar la dosis en función de las necesidades del paciente.

El *impacto y valoración* es en general positivo: aumentan los PMM en la mayoría de las Comunidades Autónomas; España se sitúa en el grupo cabeza de países occidentales con una visión más realista, pragmática e integral del abordaje de los problemas relacionados con las drogas; se realizan protocolos de programas con una mayor individualización tanto de los objetivos como de los servicios y prestaciones de apoyo a los PMM; se inician estrategias para favorecer una mayor descentralización y normalización de dichos programas (implicación de las Áreas Básicas de Salud); se inician otras estrategias de aproximación y contacto con la población destinataria de estos programas, como son los Programas de Intercambio con Jeringuillas, Unidades Móviles, etc.

El Real Decreto 5/1996 sobre modificación del R.D. 75/1990, da respuesta a distintas inquietudes profesionales, ampliando, diversificando y flexibilizando aún más los requisitos para el desarrollo de dichos programas, adecuándose así a las tendencias predominantes a nivel internacional y a la realidad del país. El mismo RD reconoce que en los últimos cinco años ha aumentado significativamente el número de pacientes en tratamiento, el número de centros que disponen de este tipo de programas, así como la eficacia demostrada ante patologías infecciosas (VIH).

La novedad en los *criterios de inclusión* es que se suprime el requisito de «haber realizado un tratamiento en otra modalidad terapéutica». En cuanto al *sistema de prescripción y dispensación*, se autoriza con carácter excepcional a facultativos no integrados en centros o servicios no acreditados; se suprime la obligatoriedad de la presencia de un farmacéutico en el acto de la dispensación y lo delega en el equipo profesional del centro según la normativa vigente en cada Comunidad Autónoma; y finalmente se añade el LAAM (Levo alfa acetilmetadol) a la lista de principios activos sometidos al RD 75/1990.

C) Análisis ético de la legislación

Una vez hecho este repaso a la legislación española referente a los PMM, vamos a hacer una lectura de las concepciones que están en el trasfondo de las mismas. Es evidente que toda legislación responde a una situación social, a una determinada visión de la realidad, a unos modelos éticos implícitos. Siguiendo a Javier Barbero (6), ofrezco una sintética categorización del *desarrollo moral* de los PMM en España, de acuerdo con la propia evolución de la normativa legal vigente.

Normativa	1983	1985	1990	1996
Objetivo primario	Deshabitación Abstinencia	Evitar mercado ilegal	Aliviar el daño evidente	Prevención de la morbimortalidad asociada
Consecuencia prevista	Reducción u uso médico opiáceos	Reducción del uso ilícito de opiáceos	Reducción de daño (enfoque paliativo)	Reducción de riesgo
Temporalidad	Corto plazo	Corto plazo	Corto-medio plazo	Corto-largo plazo
Destinatario	«Mayoría moral»	Grupo normativo	Grupos de presión y población ya dañada	Población en riesgo
Justificación	Moral pública	Orden público	Imagen pública	Salud pública

Con esto, podemos ver que la perspectiva dominante en las políticas de sustitución española ha sido de corte utilitarista (no en vano el influjo anglosajón es evidente) pero no precisamente desde la óptica de la salud pública. Es interesante constatar esto, ya que por un lado, parece ser la corriente ética socialmente dominante, y por otro lado nos da el marco global en el que se deben mover los profesionales de los PMM, aun cuando entre éstos haya diversos modelos y estrategias, como ya hemos visto.

(6) J. BARBERO: *Los programas de sustitución a la luz de los enfoques éticos consecuencialistas: ¿opinión pública o salud pública?*, Madrid 1999 (en prensa).

La ética de las cosas bien hechas

Aunque resulte obvio, hacer las cosas bien es la primera condición para una actuación ética. Comparto el sueño del profesor Hortal, «el sueño de una sociedad en que los estudiantes estudian y los profesores enseñan, los investigadores investigan, los tribunales administran justicia, los trabajadores trabajan, los funcionarios funcionan, los empresarios son emprendedores, los contribuyentes contribuyen, los gobernantes gobiernan, los informadores informan y los ciudadanos no se cansan de practicar el civismo...» (7). En el caso que ahora nos ocupa, el primer criterio ético de los PMM es que funcionen bien.

Un par de ejemplos gráficos aclararán a qué me refiero. En la normativa española de 1985, como hemos visto, se indicaba una dosis máxima de metadona de 40 mg/día; ahora bien, se sabe que la dosis es el factor aislado más importante en materia de retención de los pacientes (8) y que el riesgo relativo de abandono del programa es unas cuatro veces superior si la dosis es menor de 60 mg que si la dosis es igual o superior a 80 mg (9). Es decir, que con esta normativa, que podría calificarse de absurda, se está abocando al fracaso. Otro ejemplo, más amplio pero igualmente real y significativo: considerar que las listas de espera para acceder a los PMM son positivas y terapéuticas porque fomentan la motivación del heroinómano (como se ha dicho y hecho alguna vez) es simplemente, afincarse en el país de la chapuza. Una simple decisión técnica puede tener graves consecuencias éticas

Por ello, es necesario, como primera exigencia ética, que los PMM funcionen bien. Diversos estudios realizados en los Estados Unidos coinciden en observar grandes diferencias en la eficacia de los diversos PMM: «los más eficaces presentan una tasa elevada de retención de los pacientes, una tasa elevada de asistencia a las visitas programadas, una relación estrecha, regular y duradera entre el equipo asistencial y los pacientes, así como estabilidad, en el tiempo, en la composición del equipo. Al contrario, los centros menos eficaces se caracterizan por una baja asistencia a las visitas programadas, una dosificación inadecuada de

(7) A. HORTAL: *La ética profesional en el contexto universitario*, Madrid 1994, p. 22.

(8) H. JOSEPH y P. APPEL: *Perspectivas históricas y cuestiones de salud pública* en W. PARRINO, *o.c.*, p. 84.

(9) J.T. PAYTE y E.T. KHURI: *Duración del tratamiento y retención de los pacientes* en W. PARRINO, *o.c.*, p.275.

metadona y una alta tasa de renovación del personal. Sin embargo, los centros eficaces no difieren de los centros ineficaces en los que se refiere a las características de los pacientes» (10).

Dada la importancia de esta cuestión, también desde el punto de vista ético, me atrevo a ofrecer estas recomendaciones generales para mejorar la eficacia y la calidad de los PMM en su servicio a los usuarios y, por tanto, a la sociedad (11):

- Favorecer la accesibilidad y la retención; hay que tener en cuenta que la población diana de estos programas está generalmente al margen del sistema de atención sanitaria, y que uno de sus objetivos principales es facilitar y mantener el contacto con el mismo; por tanto, todo lo relacionado con oferta de plazas, listas de espera, horarios de atención, localización, ambiente general, etc. debe guiarse por el criterio de facilitación.
- Potenciar la calidad, la estabilidad y el cuidado del equipo de tratamiento.
- Evitar la masificación y favorecer la cercanía entre el equipo y los usuarios.
- Ofrecer una amplia gama de servicios que permitan una intervención global e individualizada, con criterios de diversificación dinámica en función de las necesidades y de la evolución del sujeto.
- Apoyar el proceso de normalización y afianzar las mejoras en calidad de vida (aquí entran las prácticas responsables con las dosis para llevar a casa).
- Ofrecer las dosis de metadona adecuadas, sin utilizar éstas como elemento de sanción y no interrumpir bruscamente el tratamiento.
- Fomentar la responsabilidad y la participación de los propios usuarios.
- Lograr una relación positiva con la sociedad, tanto en general como con la comunidad local en la que se inserta el PMM.
- Evaluar la intervención de un modo sistemático.

(10) W. PARRINO: *Situación actual y tendencias de futuro en el tratamiento con metadona* en W. PARRINO, o.c., p. 54.

(11) Cf. W. PARRINO, l.c.; J.T. PAYTE y E.T. KHURI, l.c.; A. RODRÍGUEZ-MARTOS: *Reflexiones sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona* en Adicciones 6 (1994) 353-372.

Enfoques éticos, hacia un modelo de responsabilidad (12)

«El divorcio actual entre ética y técnica (y entre «moralistas» y tecnólogos) lleva a las ideologías del moralismo y de la tecnocracia, con la que los diferentes grupos luchan por la dominación social; pero ese divorcio no contribuye a la humanización efectiva de la vida de los hombres» (13). Uno de los efectos de la irrupción de los programas de sustitución ha sido el quebrar el modelo dominante en el tratamiento de las drogodependencias, de tonos moralistas; el riesgo está en que se pase al otro extremo, el de la tecnocracia.

En el apartado anterior acabo de indicar que el primer requisito ético de los PMM es su rigor y calidad técnicas; pero ello no es suficiente. La técnica ni resuelve todas las cuestiones, ni es éticamente neutra; detrás de cada opción técnica pueden esconderse implícitamente, posiciones éticas que conviene reconocer. Para restablecer los vínculos eficaces entre ética y técnica en los PMM es necesario no pasar de largo, sino profundizar en la relación.

Así, por ejemplo, un análisis más detallado nos muestra que los PMM no han hecho desaparecer la ética en el ámbito de las drogas (aunque quizá sí hayan contribuido a disminuir la carga moralizante que dominaba el discurso y la intervención), sino que más bien han propiciado un viraje en el modelo ético dominante. Éste fue, hasta los años 90, de corte fundamentalmente deontologista: se considera todo consumo de drogas (concretamente la heroína) como algo incorrecto, según unos principios establecidos *a priori*; por ello, la única opción considerada es la de los Programas Libres de Drogas, con el objetivo de la abstinencia total.

Sin embargo, el enfoque teleologista ofrece un sistema ético *a posteriori*, que considera correcta toda acción que produzca las mejores consecuencias posibles; ya que el consumo de drogas incrementa el placer y disminuye el dolor, no es moralmente reprochable para el individuo; desde el utilitarismo social se busca maximizar las consecuencias públicas, y por ello tienden a los programas de reducción de riesgos (14).

Ahora bien, entre estos dos modelos extremos (deontologista y teleologista)

(12) D. GRACIA: *Por una cultura de la responsabilidad ante el tema de la droga*, Madrid 1999 (en prensa).

(13) A. HORTAL: *Ética I: Los autores y sus circunstancias*, Madrid 1994, p.22.

(14) Cf. J. BARBERO, *l.c.*

existe un enfoque intermedio que prima la responsabilidad. En este modelo, hay unos principios invariables que coincidirían con la postura deontologista, pero con unos contenidos concretos que sí son variables a lo largo del tiempo. La toma de decisiones ética supone dos fases: comparación del acto en cuestión con los principios deontológicos («lo correcto») y evaluación de las consecuencias, que permite establecer excepciones («lo útil, lo mejor, lo posible,...»). No hay una dejación de la responsabilidad ética, ni una mera espera evaluativa *a posteriori*, aunque obviamente tampoco se conocen las respuestas previamente.

Concretamente, una actitud responsable ante el tema de las drogas tiene que llevar, pues, a aceptar un cierto grado de dolor, de frustración y de fracaso como elementos ineludibles de la vida. La no aceptación de las contingencias negativas de la existencia, trae siempre, a su vez, consecuencias negativas. De ahí la necesidad de prevenir los consumos compulsivos de drogas mediante la educación de personalidades fuertes, capaces de hacer frente a la adversidad sin ayudas excesivamente onerosas.

De forma complementaria, una actitud responsable ante el que consume drogas, especialmente ante el que lo hace de manera compulsiva, ha de consistir en apoyarle cuando quiera abandonar esta situación y ayudarle a que quiera y pueda hacerlo, trabajando para que sea capaz de retirar los obstáculos de todo tipo que dificultan su decisión. Y cuando, por las razones que sean, no pueda o no quiera abandonar esa dependencia, trabajando para que consiga una mejor calidad de vida y las mayores cotas de dignidad posibles.

Por tanto, en el caso de las personas no dependientes, la actitud moral responsable pasa por la promoción de valores y objetivos que les permitan vivir de forma autónoma, sana y libre, sin depender de sustancias psicoactivas. En el caso de las personas dependientes que quieren y pueden abandonar el consumo, esa actitud pasa por ayudarles con todos los medios a nuestro alcance en el proceso de deshabituación y reinserción. Y en el caso de aquellas otras que no pueden o no quieren abandonar su dependencia, la actitud responsable lleva a respetarles como seres humanos y a cuidar y promover su calidad de vida en todo lo que sea necesario y posible» (15).

(15) SEMINARIO INTERDISCIPLINAR DE EXPERTOS: *Aspectos Éticos de los Programas de Sustitución para Dependientes a Opiáceos en España. Conclusiones y Recomendaciones*, Madrid 1999, pp. 7-8.

Recomendaciones para una ética de los PMM

Según todo esto, podemos concretar en una serie de propuestas éticas sobre los programas de sustitución; las tomo directamente del que es sin duda el mejor trabajo sobre el tema realizado en España, las conclusiones del seminario interdisciplinar de expertos organizado por la FAD y el Instituto de Bioética de la FCCS (16):

1. Los tratamientos de sustitución constituyen una alternativa terapéutica tanto para el tratamiento de las drogodependencias como para la reducción de riesgos y daños asociados. En el estado actual de nuestros conocimientos estos tratamientos son formas eficaces e imprescindibles de asistencia a muchos drogodependientes. En algunos casos, pueden ser la alternativa más eficaz. Debería, pues, ser una terapéutica accesible a todo aquél que la necesite.
2. La eficacia de estos tratamientos debe valorarse por los beneficios que aporte a la propia persona dependiente. De ahí la importancia de que se realice siempre con el consentimiento informado y voluntario de las personas.
3. Secundariamente, este tipo de tratamientos puede generar beneficios de diverso orden para la colectividad (mayor control de los problemas de salud pública, mejora del orden social, manejo más adecuado de ciertas enfermedades infecciosas, etc.). Pero la búsqueda de beneficios para la estructura social no debe anular el respeto de los derechos humanos del drogodependiente.
4. La instrumentación de los programas de sustitución no debería limitarse, cuando ello sea posible, a la mera dispensación de la droga, sino que ésta debería ir acompañada de todas las otras medidas de tipo psicológico, social y de apoyo que permitan el mejor desarrollo de la vida social y humana de estas personas, la conformación de un mejor proyecto de integración de la libertad personal, y, si ello es posible, la eliminación de la situación de dependencia.
5. La incorporación del doble objetivo de estos programas en un único modelo de compromiso asistencial, referido a personas en situaciones muy diferen-

(16) *Idem.*, pp.8-9.

- tes, crea la necesidad de individualizar los planteamientos terapéuticos.
6. El desarrollo estratégico de estos programas debe estar determinado por los objetivos anteriormente expuestos. Son ellos lo que tienen que marcar las exigencias de dotación de personal, servicios y medios.
 7. Los programas de sustitución deben establecerse aun en el caso de que no sea posible cubrir todas las exigencias expuestas anteriormente. La mera estrategia de sustitución tiene efectos beneficiosos en muchos casos, aunque no sea posible complementarla con un adecuado apoyo psicológico, social y humano. No obstante, por más que la estrategia de sustitución mediante la dispensación controlada de la droga tenga en esos casos precisos un efecto terapéutico, debe trabajarse para que la asistencia del drogodependiente cubra objetivos más amplios e integrales, y abarque aspectos tales como los psicológicos, sociales, laborales y familiares. De hecho, no cubrir estos objetivos más amplios cuando así lo demanda y requiere la situación del sujeto, es un déficit asistencial importante a evitar.
 8. En cualquier caso, los programas de sustitución tampoco pueden verse, por eso mismo, como la solución definitiva de los problemas de la drogodependencia, ni de la infección por VIH / SIDA entre usuarios de drogas.
 9. Para el adecuado cumplimiento de todos los objetivos anteriores, es indispensable la evaluación y reevaluación, lo más completa posible, de todos y cada uno de los programas y del cumplimiento de sus objetivos, huyendo de maximalismos y diferenciando niveles de intervención. Esta evaluación no debe limitarse al cumplimiento de objetivos respecto a los destinatarios de los programas, sino que debe tener en cuenta el impacto y los efectos indeseables posibles sobre los implicados, sobre el entorno y sobre terceras partes afectadas. Se deberá atender de continuo estos posibles efectos indeseables.
 10. Como todo recurso asistencial y en coherencia con las responsabilidades sociales de cualquier intervención humana, en los programas de sustitución deben respetarse unos límites en la asistencia; límites que nunca deben estar marcados por intenciones sancionadoras de cara al sujeto, sino por la defensa de los intereses del bien común.
 11. Los programas de sustitución serían justificables éticamente aunque no existieran problemas asociados tan graves como el del VIH / SIDA. No obstante, en las circunstancias actuales, la implantación y accesibilidad de

estos programas y de todos aquéllos que persigan también una reducción real de los riesgos y daños asociados constituyen una prioridad preventiva y terapéutica de primer orden.

12. El rechazo absoluto e indiscriminado de los programas de sustitución debe considerarse no sólo técnicamente incorrecto sino también éticamente inadecuado o imprudente.

Principios éticos para seguir avanzando

En lo que sigue, voy a plantear algunas reflexiones ulteriores, siguiendo los ya clásicos cuatro principios de la bioética (17). De acuerdo con Gracia y Gafo, y con ellos más cercano a la tradición ética europea que al utilitarismo anglosajón, considero un doble nivel jerarquizado en el juicio moral. El primer nivel, de mínimos, tiene un carácter más objetivo, y apunta a «lo correcto»; por su parte, el segundo nivel apunta a una ética de máximos, tiene un tono más subjetivo, y señala «lo bueno». En este esquema, los principios de bioética tienen carácter universal, aunque no absoluto (en la práctica, se deben considerar las consecuencias de cada acción o decisión, de modo que se pueden admitir excepciones). Por ello, en caso de conflicto entre los diversos principios, debe recordarse que existe una cierta gradación entre ellos: en el primer nivel estarían los principios de no-maleficencia y de justicia, mientras que los de autonomía y de beneficencia corresponden a un segundo nivel. Comenzaré, pues, con los primeros.

El **principio de no-maleficencia** consiste en evitar el mal posible. En su formulación, tan simple y tan clara, parece evidente; no en vano está ya recogido en el juramento de Hipócrates en la era pre-cristiana. En el tema que nos ocupa, hay una clara relación directa entre la no-maleficencia y la reducción de daños. Sin embargo, la experiencia respecto a la introducción de los PMM en España muestra que las resistencias prácticas pueden ser muy poderosas: «sabíamos a finales de los años 80 de la aparición de la hepatitis B e infecciones raras y oportunistas en

(17) Es referente obligado el libro clásico de T.L. BEUCHAMP y J.F. CHILDRESS: *Principios de ética médica*, Madrid 1999 (4ª ed.); presentaciones breves, claras y asequibles se pueden encontrar en D. GRACIA: «Planteamiento general de la bioética» en M. VIDAL (ed.): *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Madrid 1992, pp. 421-438; J. GAFO: *Diez palabras claves en bioética*, Estella 1997 (3ª ed.), pp. 23-34.

adictos a heroína por vía parenteral. Sabemos desde el comienzo de los años 90 del impacto que el VIH tiene en esa población. Sin embargo, el desarrollo operativo de programas de reducción de daño ha sido tardío, y en algunos lugares todavía se siguen presentando problemas para su introducción» (18). Por ello dice con razón Francisco Parras que se debe «profundizar más sobre la falta de ética de la ausencia de estos programas o el retraso sobre su puesta en marcha que en la ética de los mismos» (19).

La cuestión es, claramente, lo que podemos y debemos aprender de esta experiencia acumulada para no cometer los mismos errores, concretamente en el caso de la dispensación controlada de heroína. Siendo Andalucía la comunidad autónoma que más ha desarrollado su plan de PMM (11.396 usuarios en 1996), su Comisionado para la Droga afirma que «nos encontramos con un grupo de heroínómanos bastante deteriorados, que no han abandonado la jeringuilla, más envejecido, con patologías asociadas a la vía de consumo y que no encuentran solución a su problema. Para este colectivo es necesario impulsar programas específicos. En esta línea, hemos diseñado un Proyecto Experimental de Administración de Heroína con fines terapéuticos» (20). Es de sobra conocida la oposición del Ministerio de Sanidad y Consumo español a tal medida; dada la experiencia de otros países, especialmente Suiza (21) pero también Inglaterra, Australia y Holanda, ¿no supone esta postura obstruccionista una violación del principio de no-maleficencia, que quizá hayamos de corregir y lamentar dentro de un cierto tiempo?

El **principio de justicia** se propone reducir las desigualdades existentes en la realidad, generadas (o no evitadas) por los otros principios bioéticos. A lo largo de todo este trabajo, el lector atento se habrá sorprendido por la ausencia casi total de referencias a la problemática social vinculada al consumo y abuso de drogas.

(18) J. BALLESTEROS, en INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS: *Tratamientos sustitutivos a opiáceos: metadona, LAAM, heroína*, Bilbao 1997, p. 13.

(19) F. PARRAS: *Programas de sustitución y sida*, Madrid 1999 (en prensa).

(20) J.M. RODRÍGUEZ: *Perspectivas futuras para la puesta en marcha del nuevo Plan Andaluz sobre Drogas*, en IV CONGRESO EUROPEO ..., o.c., p. 509.

(21) Cf. F. GINER y A. MINO: *La experiencia de administración controlada de heroína en Ginebra, Suiza*, en INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS, o.c., pp. 59-72; M. MARSET: *Los programas de prescripción controlada de heroína: la integración del toxicómano en un proceso de cambio*, en IV CONGRESO EUROPEO..., o.c., pp. 317-329.

Centrados unos en el individuo consumidor y otros en la misma sustancia, los modelos dominantes han olvidado la dimensión social (a no ser para hablar de orden público o salud pública); han desaparecido las referencias a la estructura social injusta y desigual, a las condiciones de vida en los barrios, al paro estructural y prolongado, al sistema sociocultural competitivo y consumista, al neoliberalismo excluyente, al fracaso escolar, a las familias destrozadas.

Parece ser que los grupos más dinámicos en esta línea (en nuestro contexto, sobre todo los diversos colectivos de barrio y las Madres contra la Droga) han perdido fuerza y capacidad de presión, pero no por eso han desaparecido sus razones. Sus críticas a los PMM apuntaban sobre todo a considerarlos como una mera fachada destinada a acallar las conciencias, si no iban acompañados de toda una serie de medidas de reforma estructural en la base social. El tiempo parece haberles dado la razón, y el principio de justicia exige una atención prioritaria y de calidad a las personas más vulnerables. Sabemos que el sida ha sido uno de los factores que han impulsado el desarrollo de los PMM en España; especialmente ahora que las terapias triples combinadas han abierto un horizonte mucho más esperanzador para las personas infectadas por el VIH, no se puede permitir que los PMM sean un instrumento de cronificación social.

Esto nos lleva al tercer principio bioético, el de **beneficencia**, que trata de promover el bien (idealmente, el mayor bien para todos, o al menos para la mayoría). Con toda claridad, promover el bien significa tener siempre presente en la intervención la globalidad de la persona, supone no estancar sino generar procesos de crecimiento vital, implica no convertir los PMM en meros centros de dispensación como si fuesen «abrevaderos» (y, aunque la imagen es dura, cabe preguntarse si el sistema masificado y cicatero dominante ofrece mucho más que eso). Más bien, habrá que concebir la metadona como un instrumento al servicio de estrategias de cambio hacia situaciones cada vez más plenas y humanizadas (22).

Un caso concreto de posible aplicación del principio de beneficencia lo ofrece el LAAM (23); dadas sus características toxicocinéticas, esta sustancia se

(22) Un ejemplo interesante se puede encontrar en J. DÍAZ, C. LIÉBANA y F. LUQUE: *La metadona como instrumento de cambio*, en IV CONGRESO EUROPEO..., o.c., pp. 291-307.

(23) L. SAN: *El LAAM. Nueva alternativa en tratamientos de mantenimiento con*

administra tres veces por semana, lo cual supone ventajas potenciales respecto a la metadona, de administración diaria. Ahora bien, la cuestión es si esta ventaja se utiliza a favor del usuario, para incrementar y mejorar la atención recibida, y para facilitar la normalización de su vida social, formativa, laboral o familiar (como pide la lógica del principio de beneficencia), o si fundamentalmente se utiliza para favorecer los intereses de los propios profesionales, de la misma administración o de los vecinos (horarios más reducidos, cierre en fines de semana, ahorro económico, disminución de la conflictividad,...), siguiendo las lógicas corporativistas.

En cuarto lugar, el **principio de autonomía** recuerda que la realización del bien supone la aceptación activa de la persona a quien se hace. Esto implica reconocer que el usuario de drogas inyectadas sigue siendo una persona con toda su dignidad, y más concretamente sigue siendo el principal sujeto moral en este asunto. Por tanto, hay que escuchar sus opiniones, razones, expectativas; y es significativo lo poco que se hace. En este momento sólo quiero subrayar esto, y aludir a dos interesantes estudios; uno catalán (24) realiza una evaluación cualitativa de los PMM a través de la observación participante y entrevistas en profundidad, analizando la valoración de los mismos usuarios sobre la metadona y sus efectos, sobre sus condiciones actuales de vida, sobre las relaciones sociales que mantienen, sobre su estado de salud, y sobre el mismo proceso de acceso, tratamiento y seguimiento en los PMM. El segundo estudio (25) constata, a través de 124 entrevistas cualitativas semiestructuradas, que los puntos de vista de los usuarios son variables y cambiantes, tanto en lo que se refiere a sus razones para acceder a los PMM, cuanto en lo relativo a sus expectativas de futuro.

Dicho esto, sólo quiero hacer un par de comentarios sobre la aplicación de este principio de autonomía en los programas de sustitución. Por un lado, debe considerarse poco ético esa especie de «progresismo de salón» que afirma la

sustitutivos, en INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS, o.c., pp. 37-58. Véase también el proyecto de la Comunidad Autónoma de Madrid, en el diario «El País» (9 de abril de 1999).

(24) P. ALBERTÍN: *Evaluación cualitativa de los Programas de Mantenimiento con Metadona*, Barcelona 1998.

(25) J. NEALE: *Understanding Drug-Using Clients' views on Substitute Prescribing*: British Journal of Social Work 29 (1999) 127-145.

autonomía como valor fundamental, pero sin entrar nunca en relación y diálogo a fondo con la persona consumidora. Esto es siempre una tarea tan apasionante como ardua, muy alejada de posiciones superficiales «cara a la galería». Por otro lado, en mi opinión es importante evitar la supuesta neutralidad axiológica, como si todo tuviese el mismo valor ético; o dicho de otro modo, el principio de autonomía debe considerarse en relación con los otros tres, e incluso en cierta relación de subordinación a ellos, no para imponer nada o recaer en posturas paternalistas, sino precisamente para crecer en madurez y plenitud de vida humana.

Bibliografía

Libros

- T.L. BEUCHAMP y J.F. CHILDRESS: *Principios de ética médica*, Madrid 1999 (4ª ed.).
- J. GAFO: *Diez palabras claves en bioética*, Estella 1997 (3ª ed.).
- INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS: *Tratamientos sustitutivos a opiáceos: metadona, LAAM, heroína*, Bilbao 1997.
- IV CONGRESO EUROPEO SOBRE REHABILITACIÓN Y POLÍTICAS DE DROGAS: *Libro de comunicaciones*, Marbella 1999.
- FCCS: *Las drogas a debate: ética y programas de sustitución*, Madrid 1999 (en prensa).
- A. HORTAL: *Ética I: Los autores y sus circunstancias*, Madrid 1994.
- J. NAVARRO y E. GÓMEZ: *Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el municipio de Madrid 1997*, Madrid 1998.
- W. PARRINO: *Manual de Tratamiento con Metadona*, Barcelona 1997.
- M. VIDAL (ed.): *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Madrid 1992.

Artículos, ponencias y comunicaciones

- J.A. ABEIJÓN: *El horizonte de las intervenciones sobre drogas: hacia una complementariedad de estrategias*, en FCCS, o.c. (en prensa).
- P. ALBERTÍN: *Evaluación cualitativa de los Programas de Mantenimiento con Metadona*, Barcelona 1998.
- J. BARBERO: *Los programas de sustitución a la luz de los enfoques éticos consecuencialistas: ¿opinión pública o salud pública?*, en FCCS, o.c. (en prensa).

- D. GRACIA: *Planteamiento general de la bioética* en M. VIDAL, *o.c.*, pp.421-438.
- D. GRACIA: *Por una cultura de la responsabilidad ante el tema de la droga*, en FCCS *o.c.*(en prensa).
- J. DÍAZ, C. LIÉBANA y F. LUQUE: *La metadona como instrumento de cambio*, en IV CONGRESO EUROPEO..., *o.c.*, pp. 291-307.
- F. GINER y A. MINO: *La experiencia de administración controlada de heroína en Ginebra, Suiza*, en INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS, *o.c.*, pp. 59-72.
- A. HORTAL: *La ética profesional en el contexto universitario*, Madrid 1994.
- M. MARSET: *Los programas de prescripción controlada de heroína: la integración del toxicómano en un proceso de cambio*, en IV CONGRESO EUROPEO..., *o.c.*, pp. 317-329.
- V. MARTÍ: *Panorámica histórica de los programas de sustitución en España*, en FCCS, *o.c.* (en prensa);
- E. MEGÍAS: *Los programas de reducción de daños: marcos conceptuales y éticos* en: IV CONGRESO EUROPEO..., *o.c.*, pp. 105-113.
- E. MEGÍAS: *Análisis crítico de los modelos de sustitución en España*, en FCCS, *o.c.* (en prensa).
- J. NEALE: *Understanding Drug-Using Clients' views on Substitute Prescribing: British Journal of Social Work* 29 (1999) 127-145.
- F. PARRAS: *Programas de sustitución y sida*, en FCCS, *o.c.* (en prensa).
- M. DEL RÍO y M. DE ANDRÉS: *Metadona y legislación en España* en W. PARRINO, *o.c.*, pp. 333ss.
- J.M. RODRÍGUEZ: *Perspectivas futuras para la puesta en marcha del nuevo Plan Andaluz sobre Drogas*, en IV CONGRESO EUROPEO..., *o.c.*
- A. RODRÍGUEZ-MARTOS: *Reflexiones sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona*: Adicciones 6 (1994) 353-372.
- L. SAN: *El LAAM. Nueva alternativa en tratamientos de mantenimiento con sustitutivos*, en INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS, *o.c.*, pp. 37-58.
- SEMINARIO INTERDISCIPLINAR DE EXPERTOS: *Aspectos Éticos de los Programas de Sustitución para Dependientes a Opiáceos en España. Conclusiones y Recomendaciones*, en FCCS, *o.c.* (en prensa).