

### Seminario Interdisciplinar de Expertos sobre

## "Aspectos Éticos de los Programas de Sustitución para dependientes a Opiáceos en España"

Organizado por:  
INSTITUTO DE BIOÉTICA - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD  
FUNDACIÓN DE AYUDA CONTRA LA DROGADICCIÓN  
1999

### ■ Índice.

- [Introducción.](#)
- [Objetivos.](#)
- [Terminología.](#)
- [Los programas de sustitución en España.](#)
- [El juicio social del fenómeno.](#)
- [El marco normativo.](#)
- [Las estrategias de intervención.](#)
- [La valoración moral.](#)
- [Fomentar la responsabilidad.](#)
- [Recomendaciones.](#)
- [Listado de expertos participantes.](#)

### ■ Introducción.

El importante aumento de los casos de dependencia a sustancias opiáceas, acaecido en las últimas décadas, ha producido, además de una gran alarma social, el diseño y la puesta a punto de diferentes estrategias de apoyo y ayuda a quienes se encuentran en esa situación. Esas estrategias asistenciales han sido fundamentalmente de dos tipos; aquéllas que buscan la abstinencia como forma de vida y condición de rehabilitación (los llamados "programas libres de drogas"), y aquellas otras que, aceptando la inevitabilidad de ciertas formas de consumo, pretenden la mejoría de los problemas asociados (los llamados "programas de reducción del daño", entre ellos, señaladamente, los programas de sustitución). Durante algún tiempo se consideraron ambos tipos de abordajes como rivales, casi excluyentes.

En la actualidad tienden a verse como complementarios. Al margen del modo cómo hayan llegado a la situación de dependencia, parece claro que en ciertas personas los programas libres de drogas no consiguen el efecto deseado, provocando más

bien, como consecuencia del elevado número de fracasos, el efecto contrario, es decir, un importante deterioro de sus condiciones de vida. Esto debería haber sido motivo suficiente para aceptar que los programas de sustitución pueden resultar justificables tanto social como moralmente, en ciertos casos concretos. A pesar de lo cual, esos programas sólo han ido consiguiendo el beneplácito social ante la evidencia de que el uso incontrolado de ciertos tipos de drogas incrementa los riesgos de contagio de algunas enfermedades, como la hepatitis, la tuberculosis o el SIDA, o deteriora gravemente el orden público de nuestras sociedades.

Ante este panorama, el Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción decidieron iniciar un trabajo conjunto, con el objetivo de analizar las implicaciones éticas de los programas de sustitución para dependientes de opiáceos. Se trataba de estudiar los argumentos que se han esgrimido tanto en pro como en contra de estos programas, debatir su pertinencia y proponer, si ello era posible, otros más adecuados. Caso de lograrse esto último, se elaboraría un documento final de recomendaciones, que sería difundido a la sociedad española y elevado a las autoridades administrativas.

El trabajo comenzó con una Jornada, celebrada en Barcelona el día 26 de mayo de 1997, en la que se intentaron conocer de primera mano algunas de las más importantes experiencias internacionales en torno a los programas de sustitución, así como los argumentos éticos esgrimidos, tanto a favor como en contra de este tipo de intervenciones.

Inmediatamente después de este acto se procedió a la constitución de un Seminario Interdisciplinar de Expertos compuesto por 21 profesionales, para que desde sus diferentes perspectivas, Psiquiatría, Psicología, Salud Pública, Sociología, Antropología, Filosofía, Teología, Bioética, analizaran los programas de sustitución existentes en España y los problemas éticos que plantean. El citado Seminario Interdisciplinar ha venido reuniéndose a lo largo de los últimos nueve meses, desde Octubre de 1997 a Mayo de 1998. Este documento de Conclusiones y Recomendaciones es el resultado del trabajo del mismo, avalado por todos sus miembros.

## ■ **Objetivos.**

Estas Conclusiones y Recomendaciones tienen como único objetivo el análisis ético de los programas de sustitución para dependientes a sustancias opiáceas. La consideración de comportamientos distintos al "consumo compulsivo" del dependiente, de intervenciones y políticas distintas a las de "sustitución" y de sustancias diferentes a los "opiáceos", sólo se han tenido en cuenta en la medida en que resultaban necesarios para la comprensión del problema objeto de estudio.

## ■ **Terminología.**

A los efectos de estas Conclusiones y Recomendaciones, se consideran "dependientes de opiáceos" todas aquellas personas que consumen sustancias opiáceas u opioides de modo habitual y compulsivo, que presentan signos de dependencia psicofísica, una forma de vida más o menos marcada por esta dependencia y diferentes grados de patología asociada o derivada de su consumo.

Por "programas de sustitución" se entienden 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.

## ■ Los programas de sustitución en España.

Con anterioridad a 1975, el consumo y comercio de opiáceos, en particular heroína, era casi anecdótico en España, hallándose restringido tradicionalmente a los ámbitos sanitarios, sobre todo en forma de morfina, y desde hacía una década a los ambientes contraculturales. Estas conductas habían venido controlándose sanitariamente mediante curas de desintoxicación y estrategias de mantenimiento (carnets de extradosis). Desde esa fecha se inició un rápido proceso de expansión, que llegó a su cénit entre los años 1980 y 1984. La heroína invadió la calle y se convirtió en un gravísimo problema social, difundiéndose a una velocidad que en ciertos momentos llegó a calificarse de "epidémica". En el contexto de ese cambio se consideró necesario modificar la estrategia terapéutica, promoviendo los "programas libres de drogas" y restringiendo otras posibles formas de abordaje, concretamente las de mantenimiento o sustitución (normativas de 1983 y 1985).

A partir de la segunda mitad de los años 80 el ritmo de expansión se enlentece, iniciándose una segunda fase en la que el tráfico y consumo parecen haber adquirido caracteres "endémicos". Este periodo coincide con la difusión del VIH/SIDA y de otras graves enfermedades contagiosas entre la población dependiente, circunstancia que desde los años 80 favoreció y aceleró la constatación de las insuficiencias de la estrategia de abordaje existente, propiciando la puesta en práctica y el rescate de otras aproximaciones al problema. Ello hizo que, junto a los programas de deshabitación o libres de drogas, se organizaran y promovieran otros cuyo objetivo era la reducción de riesgos y la dispensación controlada de sustancias substitutivas. A partir de entonces, los llamados programas de sustitución se fueron implantando por toda España, cubriendo en estos momentos aproximadamente al 30% de la población de dependientes a heroína.

## ■ El juicio social del fenómeno.

El consumo no terapéutico de heroína y otros opiáceos es una de las conductas más ampliamente rechazadas hoy en nuestro país. Se considera que el consumo reiterado y compulsivo de opiáceos deteriora la personalidad, restringe la libertad e inhabilita para el trabajo productivo y el cumplimiento de los deberes sociales y humanos. Por ello el uso de opiáceos, dada la alta posibilidad de provocar dependencia (siempre en función de diversas circunstancias personales y sociales), se entiende como arriesgado y desaconsejable.

Ciertamente, hay otros muchos tipos de consumo que tienen características hasta cierto punto similares, ya que deterioran la personalidad, restringen la libertad y alteran las relaciones sociales, pero nuestras sociedades no los juzgan de modo tan severo, quizá porque su imagen social es menos agresiva o dañina. Esto, unido a la estigmatización asociada al consumo de heroína, explica que la primera actitud ante el fenómeno de dependencia a las sustancias opiáceas haya sido de condena y rechazo.

El heroinómano era considerado culpable de una situación amenazante, y por tanto se le juzgaba con una gran severidad. De ahí que las dos únicas alternativas que se le ofrecían eran, o bien la reintegración al cuerpo social mediante el abandono de la conducta dependiente, o bien su expulsión de la comunidad social y humana, relegándole a la condición de marginado o paria social.

Una tercera vía, la del control de su situación mediante la dispensación controlada de drogas de sustitución, sólo comenzó a ser viable cuando las consecuencias de la marginación extrema de un gran número de drogodependientes empezaron a plantear problemas graves de seguridad pública y de salud pública. La sociedad, en buena medida, no ha rectificado su anterior juicio negativo ni levantado la sanción que condenaba al drogodependiente a la marginalidad extrema más que a la vista de las consecuencias negativas que una tal estrategia podía tener o estaba teniendo para terceros o para los mismos implicados.

En la actualidad se está produciendo, quizá, un cambio muy significativo a este respecto. Se acepta ampliamente que la dependencia frente a las drogas es un fenómeno extremadamente complejo, en el que juegan factores de varios tipos (genéticos, biológicos, sociales, laborales, culturales, etc...). En las conductas de dependencia se imbrican inextricablemente comportamientos libremente asumidos, con factores involuntarios, bio-psico-sociales, que provocan vulnerabilidad y fragilidad en los individuos. Eso complica grandemente la distribución de responsabilidades, y exige por parte de la sociedad un mayor respeto a las personas que se hallan en esa situación.

Lejos de estigmatizarles aún más mediante la marginación social, es preciso integrarles como lo que son, seres humanos dotados de dignidad, que deben ser respetados en sus derechos y ayudados cuando lo solicitan y la ayuda es posible. Se trata de una nueva actitud, más cuidadosa con los derechos humanos de los drogodependientes y de una mayor exigencia ética. De ella es de la que se van a ocupar fundamentalmente estas Conclusiones y Recomendaciones.

## ■ El marco normativo.

El proceso de valoración social de las conductas acaba expresándose siempre en forma de usos, costumbres, leyes y normas. En general, las conductas que una sociedad considera incorrectas y reprobables acaban tipificándose como delitos, y castigándose severamente. El tema que nos ocupa no hace excepción a esta regla.

La legislación española siempre ha considerado objeto de sanción penal la producción y el tráfico de drogas ilegales. La legislación y las políticas aplicadas respecto a su consumo han sido más complejas. El consumo ha sido considerado un acto ilícito, pero no ha sido objeto de sanción penal. Desde los años 30 (Ley de vagos y maleantes, Ley de peligrosidad social), el consumo fue objeto de medidas de seguridad de tipo cautelar o "predelictual" que se abolieron con el tránsito a la democracia. Desde hace unos años, el consumo público, sobre todo por razones ejemplarizantes, es objeto de sanción administrativa.

Las normas reguladoras de los programas de sustitución, como ya se ha mencionado anteriormente, han sido mucho más variables, teniendo en la década de los 80 un carácter restrictivo. Sólo más tarde, a la vista del fracaso de ese tipo de estrategias, y sobre todo de los riesgos y las consecuencias negativas para el orden público y la salud pública, comenzaron a promoverse ampliamente los programas de sustitución de drogas y de reducción de riesgos. En ese momento nos encontramos. La cuestión es si no debería caminarse hacia una situación nueva, en la que se intentara manejar el problema en toda su complejidad, que no es sólo jurídica ni penal, ni tampoco meramente médica o psiquiátrica, sino también sociocultural y política.

## ■ Estrategias de intervención.

Las políticas en materia de drogas deberían, en primer lugar, prevenir el consumo mediante la educación en valores y la promoción de procesos de crecimiento personal que fomenten y fortalezcan la madurez y autonomía de los sujetos. En segundo lugar, deberían atender a aquellas personas que ya dependientes y en función de su situación, requieran procesos de deshabituación y reinserción. Y en tercer lugar, deberían promover la dignidad y la calidad de vida de quienes, por las razones que sean, no pueden o no quieren abandonar su consumo.

La asistencia, el tratamiento y las intervenciones de apoyo terapéutico a las personas dependientes, deben realizarse desde la corresponsabilidad, analizando en cada caso el abordaje más adecuado, teniendo en cuenta la combinación de elementos elegidos o asumidos y condicionantes involuntarios, así como el contexto y el momento evolutivo de la dependencia.

## ■ La valoración moral.

El principio básico de toda la vida moral se halla en el respeto de la dignidad inherente a todo ser humano, por degradada que se encuentre su condición o por recriminables que sean sus acciones. Este respeto lleva a no lesionar sus derechos, a no infringirles nuevos agravios y a proporcionarles toda la ayuda que sea posible cuando sea precisa. Los juicios absolutos suelen ser casi siempre precipitados e injustos.

No parece, pues, correcta la condena moral rotunda y sin paliativos del dependiente a opiáceos. En primer lugar, porque, como ya hemos dicho, en la dependencia a la droga intervienen, por lo general, diversos condicionantes negativos (biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales), que los individuos son capaces de asumir en grados muy variables. Y en segundo lugar, porque aun en el caso en que la drogodependencia sea un acto querido y aceptado desde una cierta responsabilidad personal, no priva de la dignidad inherente a todo ser humano ni del disfrute de los derechos fundamentales. Nadie puede, pues, ser castigado con la no asistencia, ni debe considerarse que la abstinencia es condición previa al inicio de cualquier actividad asistencial.

Todo drogodependiente tiene derecho a una asistencia que, por principio e inicialmente, no debe renunciar a contar con la libertad y el compromiso del sujeto hacia una superación de la adicción y un abandono de los consumos lesivos. Gran parte del trabajo asistencial ha de ir encaminado a fortalecer ese compromiso, removiendo los condicionantes que lo dificultan y contribuyendo a que la persona tenga más recursos personales y sociales para afrontarlos. Sin embargo, puede que no se cuente con ese compromiso o que se fracase en el logro de sus objetivos. En esos casos no habrá que dejar, al menos, de mejorar en lo posible la calidad de vida y conseguir las condiciones más dignas permitidas por la situación. Todo ello sin merma de la seguridad que la vida social exige y a la que los ciudadanos tienen legítimo derecho.

## ■ Fomentar la responsabilidad.

Por más que en el complejo fenómeno de la drogodependencia puedan intervenir factores de tipo genético, bioquímico, etc., queda claro por lo hasta aquí expuesto, que, como todos los grandes problemas sociales y humanos, el consumo reiterado de drogas tiene mucho que ver con los valores que se asumen como prioritarios y con los objetivos con que se intenta dotar de argumento a la vida. En este sentido, cabe decir que gran parte de las derivaciones y dimensiones de los consumos de drogas tienen una proyección fundamentalmente cultural y de valores.

No es un azar que el auge del consumo compulsivo de opiáceos se haya producido en una sociedad dominada por la búsqueda, también compulsiva, del "bienestar" como valor máximo. El bienestar nunca es alcanzable del todo, y por tanto la búsqueda irracional de un bienestar pleno siempre acaba en fracaso. De ahí que una de las más importantes tareas en el manejo y la prevención de este tipo de conductas sea el debate sobre las opciones de valor que todos realizamos, de forma individual y colectiva. Cuanto más utópicas e irracionales sean éstas, cuanto más irrealizables



resulten, más fácil será que acaben en fracasos que deterioren gravemente la personalidad y lesionen de manera importante el sentimiento de autoestima.

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.

## ■ Recomendaciones.

En virtud de los razonamientos precedentes, este Seminario Interdisciplinar de Expertos cree necesario formular las siguientes recomendaciones:

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 diferentes, 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.

## ■ Listado de expertos participantes.



#### Coordinación del grupo de expertos:

- Diego Gracia Guillén (Director Instituto Bioética - FCCS)
- Eusebio Megías Valenzuela (Director Técnico FAD)
- Gonzalo París Vicente (Patrono Fundación de Ciencias de la Salud)

#### Secretaría de la coordinación:

- Fco. Javier Júdez Gutiérrez (Instituto de Bioética - FCCS)

#### Expertos invitados:

Juan Antonio Abeijón Merchán	Médico. Psiquiatra C.T. Manu Ene. Vizcaya
Javier Barbero Gutiérrez	Psicólogo. Magíster en Bioética Ofic. Reg. Acciones frente al SIDA, CAM
M <sup>a</sup> José Bravo Portela	Médico. Farmacólogo Inst. Municipal de Invest. Méd. Barcelona
Jordi Camí Morell	Médico. Farmacólogo Inst. Municipal de Invest. Méd. Barcelona
Miguel Casas Brugué	Médico. Psiquiatra Hospital Sta. Cruz y San Pablo. Barcelona
Domingo Comas Arnau	Sociólogo. Antropólogo GID. Madrid
Adela Cortina Orts	Filósofa. Cated. Ética y Filosofía Política Universidad de Valencia
José M <sup>a</sup> Fábregas Pedrell	Médico. Psiquiatra CITA. Barcelona
Jaume Funes Arteaga	Psicólogo Barcelona
Javier Gafo Fernández	Biólogo. Teólogo. Cátedra de Bioética Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

Juan Fco. Gamella Mora	Antropólogo Universidad de Granada
Maribel Marijuán Angulo	Médico. Med. Legal. Magister Bioética Universidad del País Vasco
Víctor Martí Carrasco	Psicólogo Grup IGIA. Barcelona
Francisco Parras Vázquez	Médico. Especialista Enf. Infecciosas Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid
Miguel del Río Meyer	Médico. Psiquiatra Hospital Mutua de Tarrasa. Barcelona
Gabriel Roldán Intxusta	Psicólogo C.T. Haize-Gain, AGIPAD. Guipuzcoa
Manuel de Santiago Corchado	Médico. Endocrinólogo. AEBl Universidad Autónoma de Madrid