

LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON HEROÍNA EN EL CONTEXTO DE LAS ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS: REFLEXIONES Y LÍMITES DE LA PREOCUPACIÓN ÉTICA

Joan Trujols. Psicólogo*

RESUMEN: En el presente trabajo se analizan, desde una óptica clínica, interventiva, investigadora y sociopolítica, aspectos éticos de los programas de mantenimiento con heroína. Asimismo, se apuntan las implicaciones y los riesgos derivados de un exceso de escrupulosidad y formalismo ético en el momento de juzgar la necesidad y utilidad de dichos programas y, más genéricamente, de los diferentes programas de reducción de daños.

ABSTRACT: The aim of this paper is to analyse ethical issues concerning heroin maintenance programmes from a clinical, interventive, research and sociopolitical point of view. Likewise, we point out the implications and risks derived from an exaggerated ethical formalism when the need and usefulness of these programmes and, more broadly, other harm reduction interventions, are taken into account.

Los usuarios de drogas no son un grupo homogéneo en cuanto a la actitud, disposición o preparación para abandonar su consumo. No obstante, hasta fechas bastante cercanas, la práctica totalidad de las estrategias de intervención dirigidas a dicha población estaban orientadas y diseñadas, casi exclusivamente, para usuarios claramente motivados para abandonar dicho consumo, grupo cuyo porcentaje es ciertamente limitado. Basada en la ley del todo o nada y el criterio de ‘tolerancia cero’, la oferta única de programas centrados exclusivamente en la abstinencia ha caracterizado de forma funesta el panorama del abordaje de las conductas adictivas hasta la progresiva implementación de los programas de reducción de daños (PRD) y la consiguiente cohabitación de ambos enfoques en una complementariedad no siempre armónica. Las estrategias de reducción de daños pueden definirse, globalmente, como el conjunto de las acciones individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y

sociales negativos asociados al consumo de drogas¹.

Dado su claro posicionamiento ético, la perspectiva de la reducción de daños ha sido particularmente activa en la tarea de explicitar y debatir los valores subyacentes a los principios o asunciones básicas de su filosofía y práctica interventivas.

Por el contrario, el enfoque centrado en la abstinencia, amparado, quizás, en su posición hegemónica, no se ha destacado por clarificar o hacer emerger los valores implícitamente promovidos en su quehacer interventivo, a excepción del de la reprobabilidad del consumo.

No obstante, las razones que vienen siendo esgrimidas, por parte de la línea más fundamentalista de los defensores de la abstinencia, para dificultar o paralizar la investigación e implementación de los PRD, aparecen, curiosamente, revestidas de una autoproclamada primacía ética.

Considerando que los aspectos éticos suscitados por los programas de mantenimiento con

metadona y los programas de distribución o intercambio de jeringuillas han sido ampliamente debatidos por otros autores²⁻⁴ y que, en el estado español, dos ensayos clínicos comparando el mantenimiento con heroína versus metadona⁵⁻⁸ esperan la autorización de las autoridades pertinentes para ser implementados, en el presente trabajo se analizan, desde una óptica clínica, interventiva, investigadora y sociopolítica, aspectos éticos de los programas de mantenimiento con heroína. Asimismo, se apuntan las implicaciones y los riesgos derivados de un exceso de escrupulosidad y formalismo ético en el momento de juzgar la necesidad y utilidad de dichos programas y, más genéricamente, de los diferentes PRD.

Reflexiones desde la ética clínica, interventiva y del investigador

Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos son un elemento indispensable de las políticas e intervenciones de reducción de daños. En el momento actual, los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos se realizan casi exclusivamente con metadona (PMM). A pesar de los resultados claramente favorables que la literatura científica actual nos ofrece respecto de los PMM, estos programas difícilmente podrán, incluso si se optimizara su disponibilidad y accesibilidad, insuficientes actualmente, responder a las necesidades de un determinado grupo de usuarios de heroína que, tal como refleja ya un número creciente de publicaciones científicas^{9,10}, no inicia, sigue de forma deficiente (reinicio de conductas de riesgo, etc.), o abandona dichos programas.

Son múltiples las hipótesis de trabajo que se están investigando con el fin de conseguir explicar la falta de atractivo, el seguimiento deficiente o el abandono de los PMM. De entre ellas destacan las que se centran en las características bioquímicas y farmacológicas de la metadona como sustancia psicótropa,

argumentando que no fue seleccionada por Dole y Nyswander por sus especiales propiedades terapéuticas en la dependencia de heroína, sino por ser un opiáceo que posea unas características farmacocinéticas y farmacodinámicas que le permitían ser administrado por vía oral y una sola vez al día, sin provocar una sensación placentera demasiado evidente que pudiera ofender a la sociedad norteamericana de los años 60. Fármaco poco adecuado a las necesidades del paciente, proceso de inducción demasiado lento, metabolización errática, excesivas interacciones medicamentosas, etc. son, solamente, algunas de las críticas que se efectúan a la metadona en el intento de explicar determinados problemas que surgen actualmente en los programas de mantenimiento que la utilizan.

Es en este contexto en el que surge el imperativo clínico-ético de hallar nuevas alternativas terapéuticas para el grupo de usuarios de heroína que no se siente atraído o no puede beneficiarse de los PMM. La elección de la heroína (diacilmorfina) como sustancia opiácea susceptible de ser incluida en los programas de mantenimiento se basa en unos argumentos científicos totalmente consistentes con la búsqueda de dichas alternativas terapéuticas:

1.-La diacilmorfina, en sus múltiples formas de presentación ilegal, es el opiáceo más buscado por el paciente dependiente de opiáceos. Aceptando la validez de la hipótesis de la automedicación^{11,12} en el caso de un determinado número de usuarios de heroína que, por ensayo-error, buscarían las sustancias psicoactivas eficaces para sus dolencias, es totalmente razonable formular la hipótesis de trabajo de que la heroína podría ser el opiáceo de elección en el abordaje de dichos cuadros de dependencia resistentes a los tratamientos de mantenimiento actuales.

2.-Los programas de mantenimiento con morfina inyectable o metadona por vía endovenosa^{13,14} no han obtenido los resultados espera-

dos en el tratamiento de los usuarios de heroína que no se han beneficiado de los abordajes terapéuticos disponibles, lo cual indica que no es solamente la vía inyectable sino, también, la sustancia administrada la que influye directamente en la retención de los pacientes en los programas de mantenimiento.

3.-Un número creciente de datos procedentes tanto de la investigación básica como clínica permite afirmar que los diferentes opiáceos, entre ellos la metadona y la heroína, presentan efectos diversos en las personas que los consumen, dependiendo de efectos farmacocinéticos y farmacodinámicos variables para cada sustancia y para cada sujeto. Es, por lo tanto, clínica y científicamente ético plantear la hipótesis de que, si existen diferencias sustanciales entre los mecanismos de acción de la heroína y la metadona, también podrían existir grupos bien diferenciados de pacientes que pudieran beneficiarse de una u otra sustancia, lo cual determinaría la necesidad de diferentes tipos de programas de mantenimiento.

4.-La creciente solidez de la evidencia empírica acumulada hasta la actualidad sobre la efectividad de los programas de mantenimiento con heroína (British System^{15,16} y proyecto suizo^{14,17,18}, esencialmente). En relación a este punto e ilustrando la doble moral endémica en determinados ámbitos de las drogodependencias, debe citarse que la validez científica del estudio suizo ha sido cuestionada por una parte de la comunidad científica internacional¹⁹ debido a: a) no haber seguido estrictamente la normativa vigente sobre ensayos clínicos con medicamentos dedicados al ser humano y b) no haber podido demostrar, a causa del diseño cuasi-experimental utilizado, que los efectos beneficiosos observados sean debidos, directamente, al efecto de la prescripción sanitariamente controlada de la diacetilmorfina por vía intravenosa, pudiendo también ser atribuidos a la gran cantidad de recursos asistenciales y sociales que se han brindado a los usuarios de heroína que seguían

an el estudio. Sin negar en ningún momento la necesidad de evaluar los programas de mantenimiento con heroína, o cualquier otro PRD, cabe recordar a) que el ensayo clínico aleatorizado no es la única metodología científica de estudio ni la habitual en los ámbitos de la salud pública o de la evaluación de programas, y b) las importantes limitaciones de los ensayos clínicos aleatorizados en términos de generalizabilidad o validez externa, es decir, de aplicabilidad al ‘mundo real’. No obstante, no deja de ser extraño, sino sospechoso, este súbito ataque de puritanismo metodológico por parte de investigadores, profesionales, políticos y organismos oficiales que no han demostrado un excesivo interés en evaluar la eficacia de las políticas e intervenciones en vigor desde hace varias décadas y, confrontados ante la inoperancia de dichas políticas e intervenciones, han reaccionado, si es que lo han hecho, con una moderación y un retraso letales para muchos usuarios de drogas.

En base a lo anteriormente expuesto, puede ser considerado científica y clínicamente ético formular la hipótesis de trabajo de que la propia heroína podría ser una sustancia mejor aceptada, mejor tolerada y más efectiva en el tratamiento de mantenimiento del grupo de pacientes que no se sienten atraídos o no se benefician de los PMM. Es por ello que, en el momento presente, hallar respuestas científicamente fundadas en relación a la conversión de la heroína en un medicamento disponible para el tratamiento de la dependencia de opiáceos es, éticamente, una necesidad inaplazable.

Por todo ello, los programas de mantenimiento con heroína no deben ser descartados a priori por decisiones basadas en prejuicios y no en evidencias empíricas, sino diseñados e implementados de forma que permitan su evaluación y la posterior obtención de conclusiones sustantivas respecto a su efectividad.

Aquellos que, por un exceso de escrupulosidad y formalismo ético, se oponen a la implementación de estos estudios, impiden hallar respuestas científicas en relación a la conver-

sión de este psicotropeo en un medicamento para uso terapéutico en la dependencia de opiáceos. Esta pasividad e incoherencia científicas son susceptibles no sólo de conducir a una ineficacia interventiva sino también de promover el abandono y exclusión de los usuarios de heroína que no se han beneficiado o no pueden beneficiarse de los abordajes terapéuticos existentes.

Reflexiones desde la ética sociopolítica.

Si desde la ética clínica, interventiva y del investigador no es justificable la amplitud de la distancia entre lo que podría llevarse a cabo y lo que realmente se hace para cubrir las necesidades de aquellos usuarios que no se han beneficiado o no pueden beneficiarse de los programas de mantenimiento existentes, quizás hay que analizar, desde la ética sociopolítica, el porqué de determinadas actitudes que intentan perpetuar el sufrimiento, el desarraigo y, en definitiva, el proceso de exclusión de, al menos, un determinado grupo de usuarios de heroína.

Sin ánimo de ser exhaustivos, dos grandes líneas argumentales, no mutuamente excluyentes sino estrechamente vinculadas, pueden ser aducidas para intentar acotar el porqué de esta limitada implementación de los programas de mantenimiento con heroína:

1.-Un factor determinante, como afirma acertadamente Mino²⁰, es el hecho de que las conductas adictivas y su abordaje muestran que una gran parte de nuestro 'irracional colectivo' se ha refugiado en este ámbito. No es ajena a la configuración de dicho irracional colectivo la globalización de la 'guerra contra la droga'²¹, es decir, la preponderancia a nivel mundial del régimen prohibicionista –y su correlato abstencionista en el ámbito interventivo– promovido internacionalmente por los EE. UU. desde principios del siglo XX.

2.-Otro factor igualmente importante es,

como señala Friedman²², la posibilidad de que las políticas contrarias a la reducción de daños sean mantenidas porque benefician a las necesidades funcionales del actual régimen socioeconómico. En un análisis provisional pero pertinente, Friedman²² muestra como la no implementación de PRD no es una consecuencia de la ignorancia de los políticos ni de la inercia política o burocrática, sino una decisión meditada y políticamente útil para mantener los intereses de las clases dominantes. El elemento principal de la argumentación de Friedman²² es la constatación de que las políticas que mantienen o, incluso, incrementan los daños relacionados con el consumo de drogas, posibilitan la utilización de los usuarios de drogas como chivos expiatorios, distrayendo así la atención de los problemas estructurales y de las políticas que agravan las dificultades a las que la mayoría de la población se enfrenta. Este hecho permite dividir vecindarios y comunidades con el doble objetivo de disminuir su oposición y resistencia a determinadas políticas socioeconómicas y, a la vez, reforzar ideologías punitivas e individualistas.

Conclusiones

Los análisis de los principios, valores e, incluso, conflictos éticos ligados a los programas de mantenimiento con heroína u otros PRD, no deben bloquear la investigación de dichos programas ni su posterior implementación en aquellos casos que se consideren sociosanitariamente indicados. Debe progresarse simultáneamente por ambas vías, investigación e implementación y deliberación ética, manteniendo un estrecho contacto y un diálogo constante entre ambas. Un exceso de escrupulosidad y formalismo ético –compatible con la existencia de agendas ocultas– en el momento de juzgar la necesidad, la planificación y el desarrollo de los PRD, puede esterilizar dicha intervención reduciéndola a una serie interminable de discusiones sobre posibilidades y detalles nimios, de los que apenas derivará resultado práctico alguno.

Por último, destacar que el citado proceso de deliberación ética no será nunca, a su vez, ético, si no incorpora, como participantes de pleno derecho y en un plano de equidad relacional, a los propios usuarios de drogas y a las asociaciones o plataformas que los agrupan o representan. Esta perspectiva dialógica y participativa, planteada, promovida y practicada por los propios PRD, constituye uno de los eslabones de un proceso emergente de normalización del uso de sustancias psicoactivas, de reconocimiento generalizado de los usuarios de drogas como personas responsables y com-

petentes para determinar y organizar sus propias vidas y, en definitiva, de respeto de los derechos humanos del usuario de drogas como los de cualquier otro ciudadano.

* Joan Trujols. Unitat de Conductes Addictives. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Sant Antoni M^a Claret, 167. 08025. Barcelona. E-mail: jtrujols@hsp.santpau.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Mino A. Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: La réduction de risques. Documento no publicado, 1993.
- 2.-Loue S, Lurie P, Lloyd LS. Ethical issues raised by needle exchange programs. *J Law Med Ethics* 1995; 23:382-388.
- 3.-Barbero J. Los programas de sustitución a la luz de los enfoques éticos consecuencialistas: ¿Opinión pública o salud pública? En: *Fundación de Ciencias de la Salud* (eds.) *Las drogas a debate: Ética y programas de sustitución*. Madrid: Ediciones Doce Calles, 1999:190-219.
- 4.-Roy D. Injection drug use and HIV/AIDS: An ethics commentary on priority issues. En: *Canadian HIV/AIDS Legal Network* (ed.) *Injection drug use and HIV/AIDS: Legal and ethical issues. Background papers*. Montréal: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1999:B1-B55.
- 5.-Casas M, Trujols J, Pérez de los Cobos JC, Batlle F, Colom J, equipo NETSO. Estudio de la eficacia de la diacetilmorfina oral en el mantenimiento de pacientes dependientes de heroína que hayan fracasado en programas de metadona [Protocolo de ensayo clínico]. Barcelona: Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya [Documento no publicado], 1999.
- 6.-Zunzunegui MV, equipo PEPSA. ¿Es la prescripción médica de la heroína una opción de tratamiento para la adicción a la heroína? *Med Clin (Barc)* 1999; 113:219-221.
- 7.-Colom J. Estudio de la eficacia de la diacetilmorfina oral en el mantenimiento de pacientes dependientes de heroína que hayan fracasado en programas de metadona. Trabajo presentado a las Jornadas Internacionales 'Heroína y Nuevas Tendencias con Agonistas Opiáceos'. Granada, 23-24 febrero 2000.
- 8.-Rodríguez-López JM. Programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía. Trabajo presentado a las Jornadas Internacionales 'Heroína y Nuevas Tendencias con Agonistas Opiáceos'. Granada, 23-24 febrero 2000.
- 9.-Belding MA, McLellan AT, Zanis DA, Incmikoski R. Characterizing "nonresponsive" methadone patients. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15:485-492.
- 10.-Fischer B, Medved W, Gliksman L, Rehm J. Illicit opiates in Toronto: A profile of current users. *Addict Res* 1999; 7:377-415.
- 11.-Casas M, Pérez de los Cobos J, Salazar I, Tejero A. Las conductas de automedicación en drogodependencias. En: Casas M (ed.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Sitges: Ediciones en Neurociencias, 1992:291-303.
- 12.-Khantzian EJ. Treating addiction as a human process. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1999.
- 13.-Derks JTM. La distribution de morphine injectable à Amsterdam: Évaluation. En: Rihs-Middel M, Clerc J, Stamm R (eds.) *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995:168-179.
- 14.-Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blätter R, Pfeifer S. Prescription of narcotics for heroin addicts: Main results of the Swiss national cohort study. Basel: Karger, 1999.
- 15.-Strang J, Gossop M (eds.) *Heroin addiction and drug policy: The British System*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- 16.-Strang J, Gossop M. Heroin prescribing in the British System: Historical review. *Eur Addict Res* 1996; 2:185-193.
- 17.-Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Steffen T. Programme for a medical prescription of narcotics: A synthesis of results. *Eur Addict Res* 1997; 3:160-163.
- 18.-Perneger TV, Giner F, del Río M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ* 1998; 317:13-18.
- 19.-Ali R, Auriacombe M, Casas M, Cottler L, Farrell M, Kleiber D, Kreuzer A, Ogborne A, Rehm J, Ward P. Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. Genève: World Health Organization, 1999.
- 20.-Mino A. Quelques considérations personnelles. En: Rihs-Middel M, Clerc J, Stamm R (eds.) *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995:41-46.
- 21.-Nadelmann E, McNeely J, Drucker E. International perspectives. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.) *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1997:22-39.
- 22.-Friedman SR. The political economy of drug-user scapegoating and the philosophy and politics of resistance. *Drug-Educ Prev Polic* 1998; 5:15-32.