

Angel A. González Carrasquillo, MD, FASAM
Especialista en Medicina Interna y en Medicina de Adicción

PONENCIA EN RELACION AL P. DEL S. 2021
PARA DEROGAR EL CODIGO PENAL DE 2004
Y ADOPTAR UN NUEVO CODIGO PENAL

28 de mayo de 2011

Mi nombre es Angel A. González Carrasquillo y soy médico especialista en Medicina Interna y en Medicina de Adicción y "Fellow" de la American Society of Addiction Medicine. Trabajé por 10 años como Director Médico del Programa de Servicios de Salud a las Personas sin Hogar en el Municipio de San Juan. Fui Oficial Comisionado del Servicio de Salud Pública de los EEUU (US Public Health Service) hasta mi retiro en el 2004. Trabajé en SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), la agencia del Departamento de Salud Federal (Department of Health and Human Services) que trabaja en issues de Salud Mental y Adicción. Trabajé en el Programa de Metadona de San Juan, ASSMCA, como Director Médico. He participado como experto asesorando a diversas organizaciones del país en issues de adicción y farmacoterapia de opioides y la oficina del Public Defender del sistema federal.

Al presente tengo práctica privada de adicción en Santurce y participo en educación en issues de adicción a través de la Universidad Central del Caribe y su "Caribbean Basin and Hispanic Addiction Technology Transfer Center", subsidiado por SAMHSA. Desde hace 2 años, en conjunto con la Dra. Carmen Albizu García, estamos codirigiendo la *Alianza para Reducir la Insuficiencia de Tratamiento de Adicción en PR*, organización multisectorial de la cual se abundará más adelante. (D1)

En el 2005 tuve la oportunidad de deponer en relación a la propuesta en ese entonces de derogar la Oficina de Control de Drogas y llame la atención sobre la visión fragmentada de "protección de la seguridad pública" que imperaba en aquella pieza legislativa, la cual, desde mi punto de vista, lamentablemente se impuso. Con la eliminación de aquella oficina se alejó la posibilidad de que se delineara una política balanceada para atender el problema de la adicción en el país, optando por una visión primordialmente punitiva. ***Al parecer, mediante la propuesta del P del S 2021, persiste este enfoque.*** Enfoque que se ha demostrado que no es acertado, dado que es precisamente el proveer tratamiento y no encarcelación, en particular a los ofensores de delitos no violentos, los que proveen una mejoría en la seguridad pública. Y, en una época de enormes presiones fiscales como la actual, representa la mejor inversión de los escasos recursos que tiene el estado.

Mis preocupaciones sobre este proyecto de reforma del Código Penal tienen relación, precisamente, por la eliminación de la alternativa a la reclusión que constituye la restricción terapéutica, la imposición de penas fijas (o mandatorias) sin discreción de

Angel A. González Carrasquillo, MD, FASAM
Ponencia PS 2021

parte del juez sentenciante, y la configuración de penas más altas para delitos que podrían ser cometidos por personas con la enfermedad compulsiva de adicción, sin consideración a esta condición de salud.

Quiero llamarle la atención a que cada vez sectores más significativos de la fuerzas de policía y de los tribunales (en EEUU) expresan públicamente su preocupación por la ineficiencia y pérdida de recursos que representa la política actual de encarcelar a los adictos por delitos no violentos

(Vease el informe *Drugs and Crime Across America: Police Chiefs Speak Out* en http://www.drugstrategies.org/Police_Poll.pdf). La situación de "puerta giratoria" que representa la encarcelación recurrente de muchos de los adictos ejemplifica el fracaso y un lamentable desperdicio de los escasos recursos de nuestro presupuesto. Sugiero igualmente que se examinen las múltiples ponencias del Juez del Segundo Distrito Federal, Juan R. Torruellas al respecto; éste sugiere que se reexamine la política actual de encarcelación de los pacientes adictos.

Me permito referirles al estudio de la Corporación RAND, prestigiosa entidad de California que le hace múltiples estudios al Gobierno Federal. Algunos de los hallazgos más significativos de sus estudios señalan que por cada dólar invertido en medidas punitivas, la sociedad se ahorra unos 65 centavos en costos sociales, mientras que si se invierte en tratamiento, la sociedad se ahorra más de 7 dólares en costos sociales. (les hago referencia al siguiente documento que fue puesto al día recientemente, <http://www.rand.org/publications/RB/RB9110/>,)

Baste señalar que encarcelar un adicto cuesta al año más de \$40,000 mientras que el tratamiento cuesta mucho menos; por ejemplo, el tratamiento de mantenimiento con metadona cuesta unos \$6,000 por año. O sea que se puede tratar 7 personas con lo que cuesta encarcelar a una.

El primer concepto que considero importante enfatizar es que:

LA ADICCION ES UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA CIERTOS CENTROS DEL CEREBRO

¿Y en que basamos esta afirmación? Revisemos la información que nos brindan los Institutos Nacionales de Salud (NIH) del Departamento de Salud Federal (DHHS) establecidos en Bethesda, Maryland, los cuales son reconocidos como una de las instituciones con más autoridad científica en múltiples issues de salud, incluyendo la adicción. <http://www.nida.nih.gov/PODAT/CJ/faqs/faqs1.html#1>. Dice la publicación que citamos (mi traducción): "El uso repetitivo de sustancias de potencial adictivo cambian eventualmente el funcionamiento del cerebro. Los cambios cerebrales resultantes, que ocurren durante la transición de uso voluntario (de la sustancia) al uso compulsivo, afectan los centros cerebrales de inhibición y recompensa lo que causa que *el adicto use la sustancia a pesar de las consecuencias en su salud, sociales o legales... Y SUBRAYAMOS LEGALES*. O sea, que se consume la sustancia a pesar de causarse daño.

Angel A. González Carrasquillo, MD, FASAM
Ponencia PS 2021

Con temor de ser muy explícito, hago uso de la siguiente foto de un paciente que advierto que puede ser muy impactante, pero que quizá ayude a entender lo que queremos decir. Obviamente es un caso extremo. Y aclaro que obtuve el permiso del paciente para usar su foto y este no se puede identificar. (D2)

De hecho, los criterios que se utilizan para hacer el diagnóstico de adicción, contienen el parámetro de usar la sustancia a pesar de hacerse daño. (D3 y 4)

Algunos de los centros del cerebro que se afectan por las sustancias están ilustradas en la siguiente diapositiva, incluyendo algunas de las sustancias adictivas y las áreas donde actúan. (D5, 6 y 7)

Y se citan las siguientes referencias científicas: Volkow, Hitzemann, Wang, et al., 1993; Volkow, Hitzemann, Wang, et al., 1992; Volkow and Li, 2004).

Continuamos citando: "La insidia (o craving o deseo compulsivo de usar) a las drogas puede ser desencadenada por contacto con personas, sitios, y cosas asociadas previamente al uso de la sustancia, y también al stress. **La abstinencia forzada sin tratamiento NO CURA LA ADICCION.** Los individuos abstemios aún tienen que aprender a evitar la recaída, **incluyendo los que han sido encarcelados y han estado abstemios por un periodo prolongado de tiempo**".

Me permito llamar la atención de la fecha de las referencias citadas. Desde al menos los principios de los años 90 tenemos esta información sobre la cual no hemos actuado y con esta reforma del Código Penal estaríamos continuando esta falta de acción y desatendiendo los hallazgos científicos en personas de esta condición, lo cual nos deja entrever que los resultados de esta reforma pueden no ser los deseados.

El segundo concepto que queremos destacar es que:

LA ADICCION ES UNA ENFERMEDAD CRONICA, SIMILAR A LA DIABETES

Este otro concepto del estado de conocimiento actual sobre la adicción se puede hallar en el siguiente enlace, también de NIH: <http://archives.drugabuse.gov/about/welcome/aboutdrugabuse/chronicdisease/>

Mi traducción: "La adicción es una enfermedad crónica similar a la diabetes tipo II, cáncer y enfermedad cardiovascular. Los estudios de adicción en humanos implican influencias de factores ambientales y genéticos y la interacción entre ambos. Estudios en gemelos y en casos de adopción demuestran que la adicción, como otras enfermedades crónicas, es una enfermedad que puede tener factores genéticos que hacen a la persona más vulnerable, aunque también hay genes que pueden hacer a la persona más resistente. Esta interacción determina el curso y el pronóstico de la enfermedad". La siguiente laminilla nos revela un estudio de actividad metabólica de varios cerebros. En el de la izquierda se observa un cerebro normal, en el medio un cerebro de un usuario de cocaína después de 10 días de abstinencia y a la derecha después de 100 días de abstinencia. Como se puede apreciar, la actividad metabólica, que es representado por las áreas oscuras en esta prueba, aún a los 100 días está muy disminuida, lo cual sugiere la lentitud con que esto puede regresar a la normalidad. La laminilla 9 compara un estudio del corazón con el estudio del cerebro. (D8 y 9).

Todo esto implica que el tratamiento tiene que estar disponible y ser de duración adecuada a la duración de la enfermedad y no episódico como suele ser con frecuencia. Los invito a mirar la laminilla de "Capacidad de Tratamiento para Trastornos de Sustancias en PR, 2002", la cual surge del estudio del Dr. Héctor Colón que fue encomendado por la agencia ASSMCA (y advierto que un estudio reciente en 2008 refleja datos similares) (D10)

Si todas las personas que necesitan tratamiento para su adicción se presentaran a tratamiento cualquier día, sólo 8 de cada 100 podrían ser admitidos. O sea, según la gráfica, se quedarían unas 170,000 personas sin tratamiento. Si esto ocurriera en cualquier otra enfermedad crónica, como Diabetes mellitus, Hipertensión o enfermedad cardiovascular, sería un escándalo y se movería el cielo y la tierra. Sin embargo, debido al estigma y prejuicio que hay contra las personas adictas, no pasa nada. Y luego el dicho es que la persona adicta no quiere atenderse. ¡Y es que la mayoría no tienen dónde!

Y es forzado hacer un comentario sobre tratamiento de duración adecuada. Vean la siguiente diapositiva sobre "medical detoxification" y me excuso por no haberla traducido. (D11)

Leyendo dentro del contenido de la laminilla: ***"el detox no es tratamiento, sino sólo el comienzo en adicciones a algunas sustancias; y, ella sólo, no altera el curso de la enfermedad"***. Hacemos esta aclaración porque con frecuencia escuchamos hablar de "detox" como si fuera tratamiento.

Debido a esta escasez de disponibilidad de tratamiento, es que un sector significativo de los confinados es admitido por problemas de drogas. Veamos la laminilla de admisiones a una muestra de unidades del sistema correccional, estudio hecho también por el Dr. Colón en 2001. Casi dos terceras partes de los admitidos tenían un trastorno de uso de sustancias y algo más del 50% tenían algún trastorno psiquiátrico. (D12)

Esta escasez de tratamiento en la comunidad viene a pagarla el sistema de justicia criminal, incluyendo las instituciones carcelarias. Véase la laminilla de reincidencia en el sistema correccional del país, la cual se puede en gran medida atribuir a adicción no tratada. (D13)

Esta próxima laminilla compara los costos de las diversas modalidades de tratamiento de adicción versus la encarcelación, aunque un poco atrasada, pero las proporciones son similares. El costo de encarcelar es marcadamente mayor que el dar tratamiento, incluyendo por la modalidad más cara que es el residencial de larga duración. (D14)

Hay otras consecuencias no anticipadas que se deben considerar a la hora de considerar las modificaciones al código que se proponen. De acuerdo a Salud Correccional, en el 2004, cerca del 10% de los confinados eran positivos al Virus del VIH y el 49% eran positivos al virus de la hepatitis C. (D15)

Con la esperada escalada en la tasa de encarcelación de la reforma penal propuesta, puede aumentar el hacinamiento y se puede esperar que las tasas de infección de estas enfermedades aumenten. El tratamiento de VIH de un confinado en el 2005 era de

Angel A. González Carrasquillo, MD, FASAM
Ponencia PS 2021

\$14,000 adicionales al año, tratamiento de SIDA era de \$34,000 adicionales al año, y tratamiento para hepatitis C, \$17,000. (D16)

Estos confinados eventualmente regresarán a la comunidad con las consiguientes consecuencias en el presupuesto de salud, estimándose que cada paciente infectado con VIH puede representar un costo promedio de más de \$250,000.

Finalmente, es pertinente mencionar que siendo la adicción a la heroína uno de los problemas más importantes en nuestro país, la Alianza que codirigimos enfatiza en la necesidad de ampliar farmacoterapia acompañada de intervenciones psicosociales según lo necesite el paciente luego de una evaluación individual (lo llamamos tratamiento integral o comprehensivo) para atender esta enfermedad. Con la implementación del tratamiento de buprenorfina, que puede estar disponible en la oficina del médico primario (previa certificación de SAMHSA y DEA), se abre una puerta de posible ampliación de servicios de tratamiento que no existía hasta hace poco. Este medicamento ha sido incluido en el formulario de la aseguradora APS del sistema de MI Salud gubernamental y además, mediante la Ley 140 aprobada, se les requiere a las aseguradoras privadas a incorporar el medicamento a sus formularios. Esto podría ser el comienzo de mejores tiempos para el tratamiento de adicción en país, aunque hasta ahora ha sido muy tímido el despegue. La efectividad del tratamiento farmacológico para la adicción a heroína es marcadamente superior al tratamiento sin farmacoterapia. Los estudios de la Dra. Mary Jeanne Kreek, prestigiosa investigadora de la Universidad de Rockefeller en Nueva York así lo aseveran, como se puede apreciar en la laminilla que resume sus estudios de tratamiento de adicción. (D17)

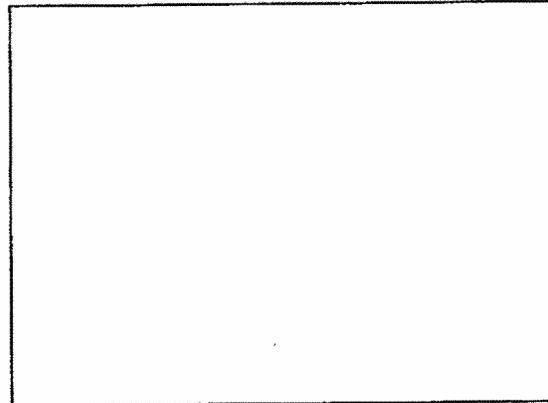
Por otra parte, el mantenimiento con metadona es uno de los tratamientos más efectivos que existen no sólo en la adicción sino en muchas otras especialidades de la medicina. Se sabe que un programa de mantenimiento con metadona con un diseño adecuado y con los recursos requeridos, puede lograr hasta un 80% de efectividad. O sea que 4 de cada 5 pacientes pueden tener un resultado que les permite reintegrarse a sus funciones de ciudadano responsable, trabajar, ejercer sus labores de padre/madre, hijo/hija, proveedor, etcétera. Son escasos los tratamientos en la medicina que pueden presumir de tan buenos resultados. En el 1990, la General Accounting Office del Congreso Federal reveló los resultados de un estudio de unos 20 programas de tratamiento con metadona de varias ciudades en EEUU, no incluyó ninguno en Puerto Rico. (<http://archive.gao.gov/t2pbat11/140943.pdf>). Concluyeron que había programas que tenían resultados excelentes mientras que había otros con resultados subóptimos. Uno de los factores que influyó en la calidad de los resultados tenía que ver con la optimización de las dosis del medicamento metadona. También era importante el reclutamiento y adiestramiento del personal de apoyo.

En la diabetes, solo si la dosis de insulina es adecuada, se controlará la azúcar en la sangre; en la adicción a la heroína, solo si se da una dosis de metadona que sea adecuada para el paciente, se logrará un control adecuado y así el paciente probablemente elimine o reduzca su consumo de heroína y sus pruebas de orina se podrían negativizar.

Angel A. González Carrasquillo, MD, FASAM
Ponencia PS 2021

No hay evidencia de que aumentar las penas mínimas mandatorias sea una manera eficaz de mejorar la seguridad pública ni la salud pública, ni que prevenga el crimen. Apoyamos la meta de mejorar la salud y la seguridad pública mediante políticas basadas en evidencia, lo cual debe incluir expandir las iniciativas de prevención y tratamiento de adicción. Les exhortamos a incorporar las recomendaciones de NIH. Sugerimos se modifique la dirección de esta reforma del Código Penal, en pro de la salud y seguridad de la comunidad. No se deben eliminar las oportunidades de tratamiento en vez de encarcelamiento para pacientes adictos; no se debe quitar la discreción de los jueces al dictar sentencia pues no pueden tomar en consideración si el paciente tiene la enfermedad compulsiva de la adicción, lo cual podría ser un atenuante y proveerle la oportunidad al juez de referir dicho paciente a tratamiento en vez de encarcelarlo.

Hacemos un llamado al liderato de esta Comisión y a sus miembros a que asuman una posición de avanzada al enfrentar este reto alejándose de esquemas previamente ensayados, que han tenido resultados cuestionables, inefectivos y costosos con el encarcelamiento de ofensores no violentos. Es hora de que se implementen modalidades que estén basadas en evidencia, en beneficio de nuestros pacientes y de nuestra sociedad.



Dependencia a Opiáceos (DSM IV)

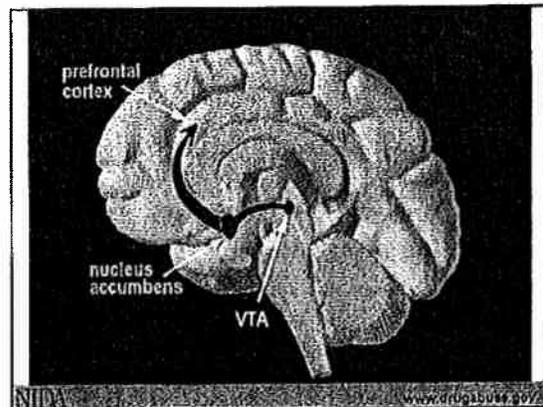
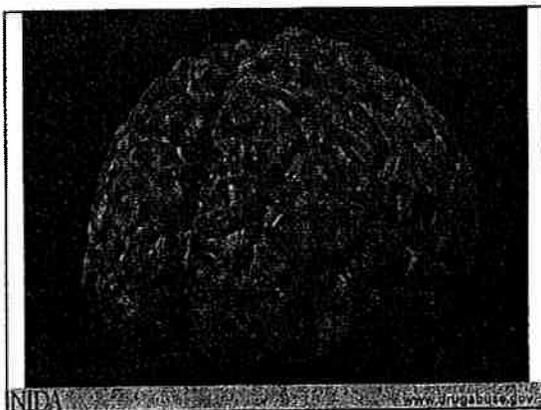
Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que confiera un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes, en algún momento de un período continuo de doce (12) meses.

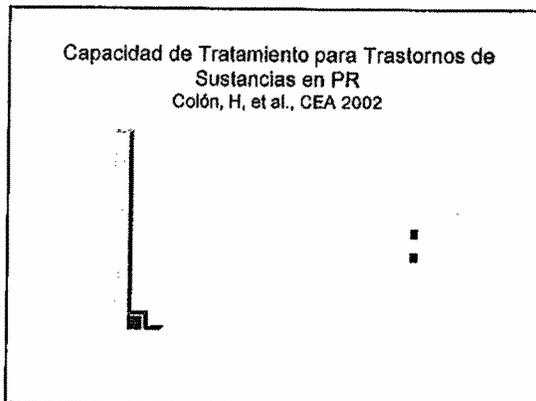
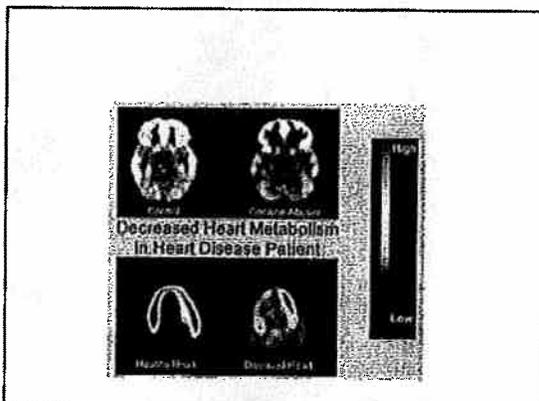
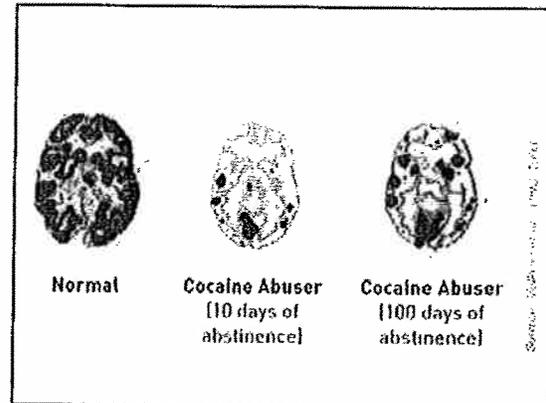
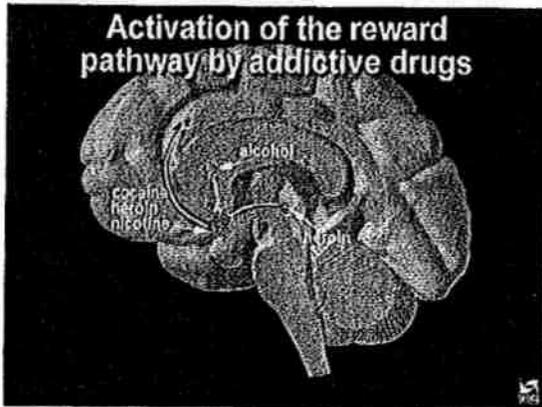
(1) **Tolerancia**
 (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o,
 (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) **Retirada/Abstinencia**, definida como cualquiera de los siguientes ítems
 (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
 (b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Dependencia a Opiáceos (DSM IV)

- (3) la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía
- (4) existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos
- (6) reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (e.g., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebota)





TX Medical Detoxification

Detoxification safely manages the physical symptoms of withdrawal

Only first stage of addiction treatment

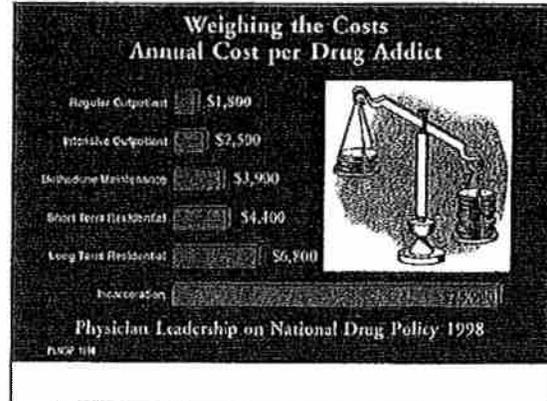
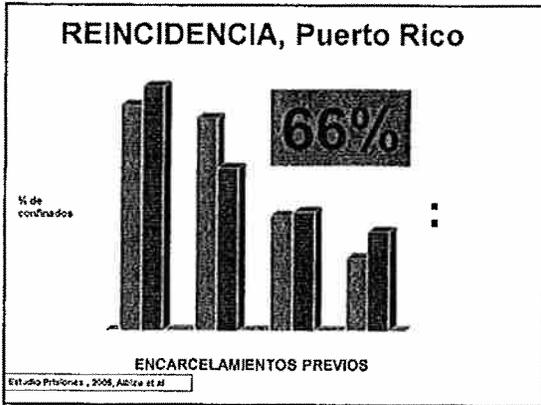
Alone, does little to change long-term drug use

NIDA

Abuso/Dependencia de Sustancias en Nuevas Admisiones en las Prisiones de PR, 2001

- ◆ Muestra: 400 nuevas admisiones en 5 unidades del sistema de prisiones de PR
- ◆ Resultados:
 - ◊ 61.7% con trastorno de uso de sustancias
 - ◊ 51% otro trastorno psiquiátrico

Tomado de: H. Colón et al. (2001)



Prevalencia de VIH y Hepatitis C en las prisiones

	EE.UU.	Puerto Rico
Virus Hepatitis C	15-30%	49%
Virus Inmunodeficiencia Humana	1.9-3%	10% (Salud Correccional)

- ### Costos Anuales Confinados, PR (promedio)
- ◊ Sin VIH, SIDA o VHC
\$28,000 (Depto Corrección)
 - ◊ Si VIH+, \$14,000 (1)
 - ◊ Si SIDA, \$34,000 (1)
 - ◊ Si Hep C \$16,848 (1)
- 1 (Depto de Salud, División de Inmunología, septiembre, 2005)

Opiate Addiction Treatment Outcome*

Methadone Maintenance	50 – 80%
LAAM Maintenance	50 – 80%
Buprenorphine-Naloxone Maintenance	40 – 50%**
Naltrexone Maintenance	10 – 20%
"Drug Free" (non-pharmacotherapeutic)	5 – 20%
Short-term Detoxification (any mode)	5 – 20% (limited data)

* One year retention in treatment and/or follow-up with significant reduction or elimination of Bick use of opiates

** Maximum effective dose (24mg) equal to 60 to 70 mg/d methadone. Data base on 6 month follow-up only.

Kreek, 1998; 2001; 2002

