



# Las estrategias de coordinación asistencial para los pacientes pueden conducir a mejores resultados en el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

Los modelos más prometedores se centran en el acceso a medicamentos vitales

## Resumen

La coordinación asistencial es considerada el sello distintivo del tratamiento centrado en el paciente, y se ha demostrado que mejora los resultados médicos y la satisfacción del paciente, además de reducir los costos. Se observa un reconocimiento cada vez mayor de la coordinación asistencial como una pieza importante de los modelos innovadores para prestar servicios médicos. Esta se define como la organización de las actividades asociadas a la atención del paciente y el intercambio de información entre todos los participantes involucrados en el plan de tratamiento de una persona a fin de obtener resultados más seguros y eficaces.

En términos generales, las personas con afecciones crónicas tienen necesidades médicas más complejas e interactúan con muchos proveedores sanitarios, por lo que la coordinación asistencial es de particular importancia para esta población. Históricamente, los sistemas sanitarios se han centrado en coordinar la atención de los pacientes con afecciones crónicas, tales como el asma, las enfermedades cardíacas y la diabetes. En el último tiempo, han ampliado estos esfuerzos para incluir a las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (SUD, por sus siglas en inglés), lo cual ha arrojado resultados prometedores y aporta lecciones que podrían adoptarse de forma más amplia si se realizan cambios a las políticas estatales, incluidos los programas de Medicaid.

En el presente documento, se resumen los componentes clave de distintos modelos que emplean la coordinación asistencial para mejorar los resultados de los pacientes con SUD, y se analizan en profundidad dos modelos de ejemplo: el del administrador de atención de enfermería y el de los hogares de salud bajo la cobertura de Medicaid. Los miembros de las legislaturas estatales deben asegurarse de que el estado que representan emplee uno de estos abordajes, en particular, para el programa de Medicaid. Esto puede implicar financiar los servicios de coordinación asistencial en forma directa, revisar las políticas estatales de Medicaid y eliminar las barreras existentes para recibir medicamentos para tratar el SUD.

## Coordinación asistencial

Los modelos varían bastante entre sí, pero tienen algunos elementos en común:

- Planes de atención personalizados en función de una evaluación de las necesidades del paciente, con revisiones continuas.
- Un punto de contacto principal (un proveedor), quien es responsable de asegurarse de que se implemente el plan de atención.
- Educación y divulgación de datos de forma continua tanto para proveedores como para pacientes.

Los modelos de coordinación asistencial conducen a mejores resultados para los pacientes (por ejemplo, en contextos de hospitalizaciones, visitas a los servicios de urgencias y reingresos que se dan en un plazo de 30 días), además de mejorar los resultados específicos de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, el asma y la neumonía.<sup>1</sup>

## Por qué las personas con SUD necesitan de la coordinación asistencial

En 2018, más de 20 millones de personas de 12 años de edad en adelante padecieron un SUD que incluyó drogas ilícitas o de venta con receta, o alcohol, lo que representa un verdadero desafío para el sistema de salud pública.<sup>2</sup> Por otro lado, entre 1999 y 2017, más de 700.000 personas murieron por sobredosis de drogas. Solo en 2017, se produjeron más de 70.000 muertes, en su mayoría, a causa de opioides.<sup>3</sup>

En la actualidad, los SUD son reconocidos como afecciones crónicas y recidivantes.<sup>4</sup> En ocasiones, las personas con SUD deben lidiar con otras afecciones, también conocidas como comorbilidades. Si no se abordan los SUD en el tratamiento de otras afecciones, es posible que los pacientes no tomen la medicación correctamente y experimenten otras consecuencias, como un control deficiente de la hipertensión y la diabetes, y un aumento del riesgo de sufrir diversos tipos de cáncer y otras enfermedades.<sup>5</sup> Asimismo, las personas con este tipo de trastorno presentan índices más altos de visitas a los servicios de urgencias y reingresos al hospital<sup>6</sup> y, si no se trata, el SUD está asociado a índices más altos de lesiones, discapacidad y muerte.<sup>7</sup>

Para mejorar estos índices, los profesionales de la salud están desarrollando abordajes basados en la coordinación asistencial, los cuales tienen en cuenta los SUD y se centran en aumentar el compromiso de los pacientes y la continuidad de los tratamientos, brindar una mejor gestión de las comorbilidades, y garantizar conexiones exitosas con las intervenciones médicas y conductuales correspondientes.

Los modelos de coordinación asistencial para las personas con SUD tienen muchas características centrales en común, pero pueden variar en cuanto a la designación de la entidad o persona que es la principal responsable de coordinar la atención, el lugar donde se lleva a cabo la coordinación y el modo de financiación.

## Modelos para coordinar la atención de los SUD con Medicaid

En la última década, los profesionales sanitarios que trabajan para implementar estrategias de coordinación asistencial para las personas con SUD, incluido el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés), se han centrado en facilitar el acceso a las prácticas basadas en la evidencia, con especial énfasis en los medicamentos.

El tratamiento farmacológico es el máximo estándar para tratar los OUD, y los pacientes pueden tomar uno de los tres fármacos aprobados por la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.: metadona, buprenorfina o naltrexona. Si bien estos medicamentos se pueden combinar con apoyo psicológico u otra terapia conductual, se ha comprobado que la medicación es efectiva para muchas personas, incluso sin apoyo psicológico frecuente ni ningún otro apoyo psicosocial.<sup>8</sup> Es importante señalar que no se debe suspender la medicación para tratar el OUD porque no haya apoyo psicológico disponible o porque el paciente se niegue a recibirlo. Hay dos modelos de coordinación asistencial prometedores que se centran específicamente en garantizar el acceso de los pacientes a los medicamentos para tratar el OUD.

### Modelo del administrador de atención de enfermería

**Coordinador de atención:** enfermero/a

**Ubicación:** centros de salud comunitarios

**Financiación:** Medicaid y departamento de salud estatal

## Modelo del administrador de atención de enfermería

También conocido como “el modelo Massachusetts”, el modelo del administrador de atención de enfermería (NCM, por sus siglas en inglés) se creó para abordar una barrera clave relativa a la incorporación de la buprenorfina al tratamiento del OUD: la falta de un respaldo clínico estructurado para que los médicos puedan recetar este fármaco y tratar a los pacientes que lo reciben.<sup>9</sup>

En 2003, un equipo multidisciplinario del Boston Medical Center implementó el modelo del NCM para ampliar la asignación de medicamentos y terapias conductuales a las personas con OUD. Este programa se amplió en 2007 para cubrir a los pacientes que acuden a los centros de salud comunitarios de Massachusetts,<sup>10</sup> incluidas las personas sin hogar, aquellas sin cobertura médica y las que padecen trastornos de salud físicos o mentales coexistentes. Los administradores de atención de enfermería son expertos en coordinar la gestión de enfermedades crónicas y la educación del paciente necesarios para brindar atención continua para tratar los SUD. En el marco de este modelo, los NCM lideran la atención del paciente y son los principales nexos entre los pacientes y los médicos prescriptores, quienes luego cuentan con el respaldo clínico necesario para tratar a más pacientes con buprenorfina,<sup>11</sup> el medicamento más utilizado en el tratamiento con opioides indicado en el consultorio (OBOT, por sus siglas en inglés).<sup>12</sup>

El modelo del NCM incluye cuatro etapas de tratamiento:<sup>13</sup>

- 1. Exploración y valoración.** El NCM realiza una exploración inicial del paciente y luego trabaja con un médico, quien evalúa a la persona. Si corresponde, el médico receta buprenorfina para tratar el OUD.
- 2. Inicio del tratamiento farmacológico.** El NCM trabaja junto con el paciente, en coordinación con el médico prescriptor, para supervisar de forma directa el inicio del tratamiento.
- 3. Estabilización.** El NCM es el principal punto de contacto con el paciente a lo largo del tratamiento, el cual incluye visitas de seguimiento iniciales todas las semanas (o más seguido), además de comunicaciones telefónicas para recibir educación y apoyo.
- 4. Mantenimiento.** El NCM también se comunica con regularidad con el médico prescriptor y con otros miembros del equipo médico que participan en la atención del paciente, tal como sucede en el tratamiento de otras afecciones crónicas.

Una revisión del modelo del NCM durante cinco años en el Boston Medical Center descubrió que, de las personas que continuaron en tratamiento durante 12 meses, el 95 % ya no consumía opioides ilegales ni cocaína según los resultados de las pruebas de detección de drogas en orina; un total del 49 % de los pacientes continuó en tratamiento durante 12 meses o más. Al 2 % de los pacientes se les redujo gradualmente la dosis de buprenorfina tras seis meses de cumplimiento terapéutico y ausencia de drogas ilegales, y el 6 % pasó de forma voluntaria al tratamiento de mantenimiento con metadona durante el período de estudio de 12 meses.<sup>14</sup>

La financiación del abordaje del NCM proviene de dos fuentes. El personal de enfermería de los centros de salud federalmente calificados (FQHC, por sus siglas en inglés) de Massachusetts puede facturarle a Medicaid, mientras que el Departamento de Salud Pública de Massachusetts le reembolsa a los FQHC la atención brindada a estos pacientes con necesidades complejas mediante ingresos estatales generales u otros fondos federales, como la subvención global de la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción.<sup>15</sup>

### Modelo de los hogares de salud bajo la cobertura de Medicaid

**Coordinadores de atención:** un equipo compuesto por un enfermero/a y un proveedor con una maestría en salud conductual matriculado

**Ubicación:** los consultorios de los proveedores que recetan la buprenorfina

**Financiación:** Medicaid

## Modelo de los hogares de salud bajo la cobertura de Medicaid

La opción del plan estatal de hogares de salud de Medicaid, creado en virtud de la Ley de Atención Médica Asequible,<sup>16</sup> tiene por objetivo fomentar el acceso a los servicios de salud física y para tratar el SUD, además de los servicios y el apoyo a largo plazo, y respaldar la coordinación entre tales prestaciones.<sup>17</sup>

Los hogares de salud deben ofrecer seis servicios centrales: gestión integral de la atención, coordinación asistencial, promoción de la salud, seguimiento o cuidados de transición completos, apoyo individual y familiar, y derivación a servicios comunitarios y sociales.<sup>18</sup> Estos modelos pueden ser virtuales o pueden encontrarse en los consultorios de profesionales de atención primaria o salud conductual, o en otros ámbitos que satisfagan las necesidades del beneficiario.

Para ser candidato a recibir los servicios de los hogares de salud, la persona debe haber recibido alguno de los siguientes diagnósticos: dos afecciones crónicas, incluido el SUD; una afección crónica, con riesgo de sufrir una segunda; o una afección de salud mental grave. El abordaje de los hogares de salud depende de un equipo multidisciplinario que incluye médicos, coordinadores de atención de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, profesionales de salud conductual u otros profesionales que puedan respaldar el acceso a servicios de salud física y conductual, incluidos medicamentos para tratar el OUD.

En Vermont, funciona un programa de hogares de salud bajo la cobertura de Medicaid en un esfuerzo por activar una respuesta coordinada y sistémica ante los problemas complejos que implica la adicción a los opioides de la población estatal cubierta por Medicaid. El programa se centra específicamente en los medicamentos y las terapias conductuales para tratar el OUD.<sup>19</sup> Este modelo tipo “hub and spoke” (centro y distribución) tiene dos componentes de atención centrales:

- Los centros principales o hubs, basados en los programas de tratamiento del consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés), son centros regionales de tratamiento especializados y muy regulados para tratar a las personas con adicciones y comorbilidades de salud mental complejas. Estos lugares pueden dispensar tanto metadona como buprenorfina para tratar el OUD.
- Por otro lado, están los centros secundarios o spokes, que se basan en el OBOT.

En el marco de este modelo, los miembros del personal de los OTP de los centros principales evalúan a los pacientes en la admisión y determinan si sería más adecuado asignarlos a un centro principal o a uno secundario. Si los pacientes comienzan un tratamiento en un centro principal, una vez que se encuentran estables y en tratamiento con buprenorfina, son sometidos a una evaluación para determinar su posible derivación a un proveedor de un centro secundario. Los proveedores de los centros secundarios incluyen una variedad de profesionales, como internistas, psiquiatras y obstetras, que trabajan en los FQHC, consultorios grupales privados, consultorios de hospital y consultorios individuales. Los médicos de los centros secundarios consultan a los centros principales (los cuales, respectivamente, cuentan con un especialista certificado en adicciones) cuando es necesario realizar preguntas sobre los pacientes.<sup>20</sup>

Los consultorios de los centros secundarios también cuentan con el respaldo de equipos conformados por un miembro de enfermería registrado y un proveedor con una maestría en salud conductual matriculado cada 100 pacientes de Medicaid bajo un plan de OBOT. Los equipos trabajan con los centros para coordinar la atención de los pacientes por medio de las siguientes actividades:

- Los equipos viajan a múltiples centros para prescriptores con pocos pacientes, pero se incorporan a consultorios con un gran número de pacientes en OBOT. También se reúnen con los médicos de los centros secundarios con regularidad para hablar sobre determinados casos, protocolos y coordinación entre el personal.
- Los miembros de enfermería de los equipos se reúnen con todos los pacientes nuevos de los centros principales y secundarios, revisan los contratos y los consentimientos, coordinan las autorizaciones de la cobertura médica y las pruebas de detección de drogas en orina, autorizan las recetas renovables de buprenorfina para las farmacias, y supervisan el control de la desviación de fármacos por medio de llamadas de seguimiento aleatorias y el monitoreo del Sistema de Control de Recetas de Vermont.
- Los proveedores con maestrías en salud conductual que forman parte de los equipos coordinan el apoyo psicológico, tratan las crisis agudas, realizan controles breves de respaldo, ayudan con cuestiones prácticas y coordinan las derivaciones entre el consultorio del centro secundario y el centro principal.<sup>21</sup>

Si se combinan los pacientes de los centros principales y de los secundarios, Vermont ha logrado lo siguiente:<sup>22</sup>

- Una disminución del 96 % del consumo de opioides.
- Una disminución del 89 % de las visitas a los servicios de urgencias.
- Una disminución del 92 % del consumo de drogas inyectables.
- Una disminución del 90 % de la actividad ilegal y de las detenciones o arrestos policiales.
- Una disminución calculada en USD 6,7 millones de los gastos de atención médica proporcionada entre 2012 y 2013 a los 2.164 pacientes cubiertos por el programa.
- En un estudio realizado a 80 pacientes de centros principales y secundarios, ninguno informó haber sufrido una sobredosis durante los últimos 90 días del curso de su tratamiento, mientras que el 25 % de estos 80 pacientes había informado una sobredosis en el plazo de los 90 días previos al inicio del tratamiento.

Los hogares de salud de Medicaid en Vermont emplean dos políticas de reembolso: un pago para los centros principales y otro para los centros secundarios. El pago del centro principal consiste en una tasa mensual global por paciente que contempla los costos de contratación de seis profesionales sanitarios clave de los centros principales (empleados a tiempo completo) para proporcionar servicios terapéuticos presenciales, como apoyo psicológico, además de servicios de hogares de salud, a los 400 pacientes que atiende el centro. Para los pagos de los centros secundarios, se emplea la misma metodología de tarifa global, pero los pagos mensuales se basan en dos profesionales sanitarios que prestan servicios a 100 personas.<sup>23</sup>

## Conclusión

Los SUD son afecciones crónicas con tasas altas de comorbilidades, pero los modelos emergentes que buscan coordinar la atención de los pacientes pueden brindar mejores tratamientos y mejores resultados. Al actualizar las políticas de Medicaid y aprovechar otras fuentes de financiación estatales, las legislaturas de cada estado pueden capitalizar las experiencias que ofrecen estos modelos a fin de impulsar la adopción de los abordajes basados en la coordinación asistencial para tratar los SUD.

## Notas finales

- 1 Commonwealth Fund, "Quick Reference Guide to Promising Care Models for Patients With Complex Needs" (2019), <https://www.commonwealthfund.org/publications/2019/feb/care-models-patients-complex-needs>.
- 2 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results From the 2018 National Survey on Drug Use and Health" (2019).
- 3 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, "Understanding the Epidemic", 19 de diciembre de 2018, <https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html>.
- 4 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos, "The Science of Drug Use and Addiction: The Basics", acceso 28 de agosto de 2019, <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>.
- 5 A.T. McLellan et al., "Can Substance Use Disorders Be Managed Using the Chronic Care Model? Review and Recommendations From a NIDA Consensus Group", *Public Health Review* 35, n.º 2 (2014), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26568649>.
- 6 A.Y. Walley et al., "Acute Care Hospital Utilization Among Medical Inpatients Discharged With a Substance Use Disorder Diagnosis", *Journal of Addiction Medicine* 6, n.º 1 (2012): 50-6, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21979821>.
- 7 K.E. Watkins et al., "Implementing the Chronic Care Model for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care", *Progress in Community Health Partnerships* 11, n.º 4 (2017): 397-407, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29332853>.
- 8 Academias de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, "Medications for Opioid Use Disorder Save Lives" (2019), <https://doi.org/10.17226/25310>; R.P. Schwartz et al., "A Randomized Controlled Trial of Interim Methadone Maintenance", *Arch Gen Psychiatry* 63, n.º 1 (2006): 102-9, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16389204>; S.C. Sigmon et al., "Interim Buprenorphine Vs. Waiting List for Opioid Dependence", *New England Journal of Medicine* 375, n.º 25 (2016): 2504-05, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002704>.
- 9 Capacitación y asistencia técnica sobre el tratamiento de adicciones indicado en el consultorio médico, "BMC OBAT—the Massachusetts Model", acceso 30 de julio de 2019, <https://www.bmcobat.org/about-us/bmc-obat/>.
- 10 C.T. LaBelle et al., "Office-Based Opioid Treatment With Buprenorphine (OBOT-B): Statewide Implementation of the Massachusetts Collaborative Care Model in Community Health Centers", *Journal of Substance Abuse Treatment* 60 (2016): 6-13, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233698>.
- 11 Ibid.
- 12 K. Moses y J. Klebonis, "Designing Medicaid Health Homes for Individuals With Opioid Dependency: Considerations for States" (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 2015), <https://www.medicaid.gov/state-resource-center/medicaid-state-technical-assistance/health-home-information-resource-center/downloads/hh-irc-health-homes-opioid-dependency.pdf>.
- 13 C.T. LaBelle et al., "Office-Based Opioid Treatment With Buprenorphine (OBOT-B)".
- 14 D.P. Alford et al., "Collaborative Care of Opioid-Addicted Patients in Primary Care Using Buprenorphine: Five-Year Experience", *Archives of Internal Medicine* 171, n.º 5 (2011): 425-31, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21403039>.
- 15 C. LaBelle, directora, Programa de Capacitación y Asistencia Técnica sobre el Tratamiento de Adicciones indicado en el Consultorio Médico para el estado de Massachusetts, Boston Medical Center, llamada telefónica a John O'Brien, consultor sénior, Technical Assistance Collaborative, Inc., 22 de agosto de 2019.
- 16 Administración del Seguro Social de los Estados Unidos, "State Option to Provide Coordinated Care Through a Health Home for Individuals With Chronic Conditions", [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title19/1945.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title19/1945.htm).
- 17 Moses y Klebonis, "Designing Medicaid Health Homes for Individuals With Opioid Dependency".
- 18 Administración del Seguro Social de los Estados Unidos, "State Option to Provide Coordinated Care".
- 19 Primary Care Collaborative, "Vermont Hub and Spokes Health Homes", <https://www.pcpc.org/initiative/vermont-hub-and-spokes-health-homes>.
- 20 J.R. Brooklyn y S.C. Sigmon, "Vermont Hub-and-Spoke Model of Care for Opioid Use Disorder: Development, Implementation, and Impact", *Journal of Addiction Medicine* 11, n.º 4 (2017): 286-92, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28379862>.
- 21 Ibid.
- 22 Ibid.; Departamento de Salud de Vermont, "Hub & Spoke Model Evaluation 2017" (2018), [https://www.healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/ADAP\\_Hub\\_and\\_Spoke\\_Evaluation\\_Brief\\_2018\\_1.pdf](https://www.healthvermont.gov/sites/default/files/documents/pdf/ADAP_Hub_and_Spoke_Evaluation_Brief_2018_1.pdf).
- 23 Alliance of Community Health Plans, "Vermont Health Homes for Opioid Addiction" (2013), <https://www.achp.org/wp-content/uploads/Vermont-Health-Homes-for-Opiate-Addiction-September-2013.pdf>.

---

**Para obtener más información, visite:**  
**[pewtrusts.org/substancemisuse](http://pewtrusts.org/substancemisuse)**

---

**Contacto:** Erin Davis, gerente asociada, Comunicaciones  
**Correo electrónico:** [edavis@pewtrusts.org](mailto:edavis@pewtrusts.org)  
**Sitio web del proyecto:** [pewtrusts.org/substancemisuse](http://pewtrusts.org/substancemisuse)

---

**The Pew Charitable Trusts** se vale del poder del conocimiento para solucionar los problemas más desafiantes de la actualidad. Pew aplica un enfoque riguroso y analítico para mejorar las políticas públicas, informar al público y vigorizar el civismo.