



# Tratamiento del trastorno por consumo de opioides en cárceles y prisiones

Los medicamentos que se proporcionan a las poblaciones encarceladas salvan vidas

## Resumen

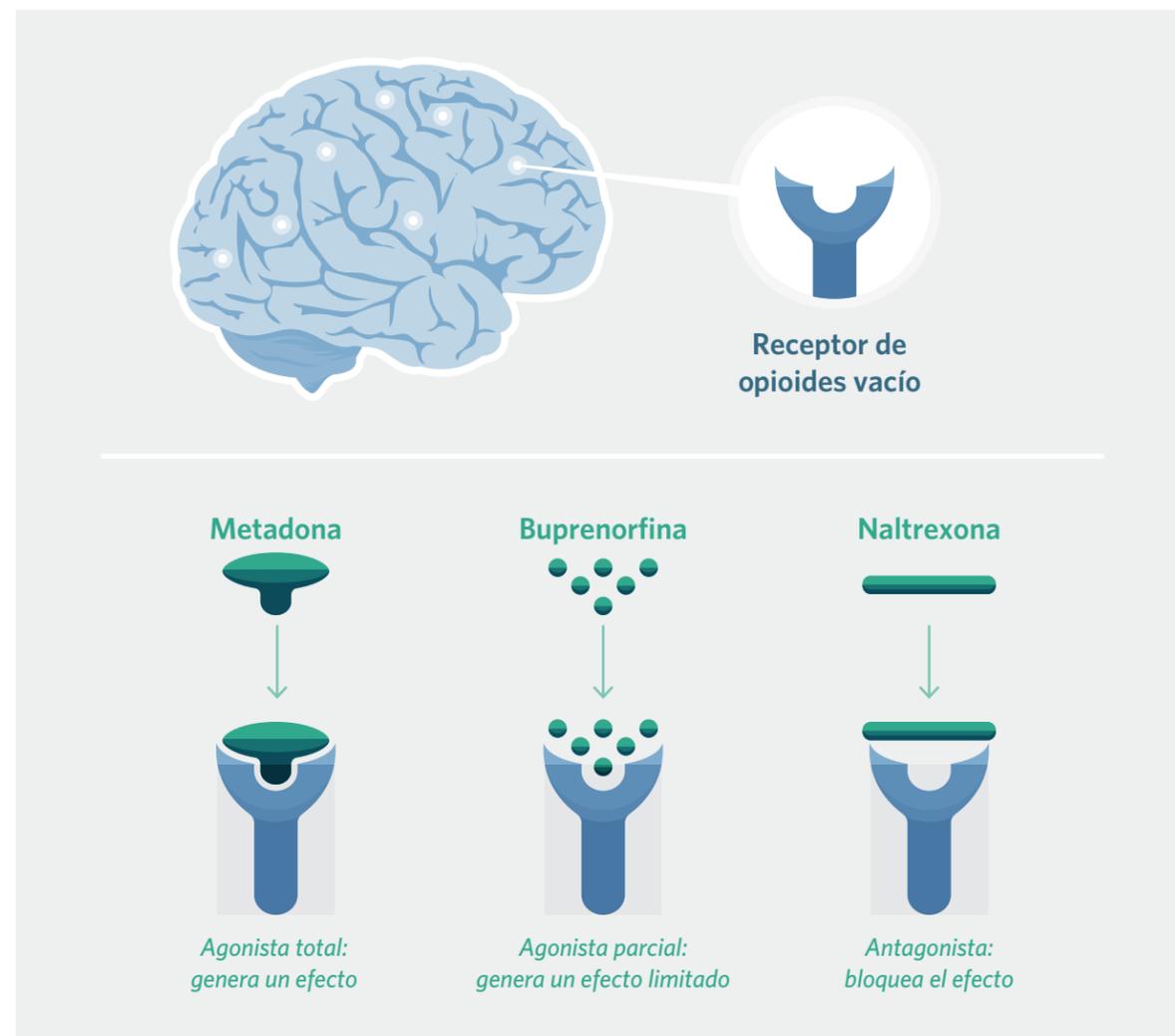
El tratamiento más efectivo para las personas con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) incluye el uso de medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés): metadona, buprenorfina y naltrexona. A pesar de la evidencia que indica que este abordaje, conocido como “medicamentos para el trastorno por consumo de opioides” (MOUD, por sus siglas en inglés), reduce las recaídas y salva vidas, la vasta mayoría de cárceles y prisiones no ofrece este tratamiento. Este informe examina qué aspectos deben considerar los miembros de las legislaturas al analizar cuál es la mejor forma de manejar el OUD en poblaciones encarceladas.

Es útil comenzar respondiendo esta pregunta: ¿Qué tan frecuente es el OUD en las poblaciones encarceladas? Datos de 2007 a 2009 (los más recientes disponibles) muestran que más de la mitad de las personas en prisiones estatales o aquellas con sentencias en cárceles reunía los criterios de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (SUD, por sus siglas en inglés) no relacionado con la nicotina ni el alcohol, lo que implica la presencia de un patrón problemático de consumo de drogas que produce una disfunción en la vida diaria o una aflicción notoria, comparado con solo el 5 % de los adultos en la población general.

El máximo estándar de atención es el abordaje MOUD. En entornos comunitarios, como programas de tratamiento por consumo de opioides y centros de atención primaria, la metadona y la buprenorfina han demostrado reducir las muertes por sobredosis y el consumo ilegal de opioides, además de la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis C. También existe un creciente corpus de literatura sobre los beneficios de la naltrexona, el tercer medicamento aprobado por la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.

Figura 1

## Cómo funcionan los medicamentos para el OUD en el cerebro



© 2020 The Pew Charitable Trusts

En entornos correccionales en los Estados Unidos, el uso de MOUD es un fenómeno relativamente reciente, con algunas excepciones. En la actualidad, solo un pequeño número de instituciones correccionales proporciona al menos uno de estos medicamentos. Por lo tanto, ha habido menos estudios para examinar los efectos de proporcionar este tratamiento a las personas encarceladas que los que ha habido para examinar estos efectos en las personas en las comunidades. Sin embargo, es posible que los miembros de las legislaturas adopten las lecciones aprendidas de diversos estudios comunitarios que han demostrado resultados de salud positivos a partir del MOUD, y luego asignen recursos para proporcionar este tratamiento en cárceles y prisiones.

¿Qué deberían hacer los miembros de las legislaturas? Dada la prevalencia del SUD entre las personas encarceladas, los estados deberían priorizar el tratamiento de las personas con OUD usando metadona o buprenorfina, los medicamentos que cuentan con la mayor cantidad de evidencia de respaldo, y luego conectarlas con atención de mantenimiento cuando se reinserten en la comunidad. Esto ayudará a reducir la cantidad de muertes por sobredosis de opioides entre las personas recientemente liberadas. Conectar a las personas con tratamientos en la comunidad es especialmente importante en estados en los que se ha implementado la reforma a la fianza, la cual reduce la duración de las estadías carcelarias. Para las personas con estadías más cortas, las cárceles deberían considerar adoptar los protocolos de los servicios de urgencias: detección e intervención rápida, estabilización, inicio del tratamiento con buprenorfina y derivación a tratamiento comunitario.<sup>1</sup>

Específicamente, los miembros de las legislaturas deben reservar financiamiento para garantizar lo siguiente:

- Que las cárceles y prisiones puedan realizar pruebas para detectar el OUD en cualquier persona encarcelada y proporcionar MOUD y apoyo psicológico.
- Que las cárceles y prisiones tengan la infraestructura de datos y el personal adecuados para realizar un seguimiento a los resultados del tratamiento con MOUD.
- Que las agencias de Medicaid, las agencias estatales de salud mental y consumo de sustancias y otras entidades locales y estatales trabajen juntas para asegurar conexiones fluidas con tratamientos comunitarios del OUD y otros servicios.

La información presentada aquí resume la investigación existente sobre la administración de MOUD a personas que están encarceladas y explora los siguientes puntos de datos posteriores a la liberación: muertes por sobredosis, consumo ilegal de opioides, participación en el tratamiento e intersecciones posteriores con el sistema de justicia penal. Los apéndices también proporcionan cuatro casos de estudio que resumen cómo distintas jurisdicciones han implementado programas farmacológicos basados en cárceles y prisiones. Además, un informe relacionado de The Pew Charitable Trusts, "How States and Counties Can Help Individuals With Opioid Use Disorder Reenter Communities" (Cómo pueden los estados y condados ayudar a las personas con trastorno por consumo de opioides a reinsertarse en las comunidades), explora asuntos clave relacionados con la transición de la atención de las personas tras su liberación.

### Definición de cárceles y prisiones

Las cárceles generalmente son instituciones correccionales administradas por el condado o la ciudad, y alojan a personas que cumplen sentencias típicamente menores a un año, además de personas que se encuentran a la espera del juicio.

Las prisiones son instituciones correccionales administradas por el estado o el Gobierno federal, y alojan a personas condenadas por crímenes por los que cumplen sentencias superiores a un año.

## Los medicamentos y el apoyo psicológico en cárceles y prisiones pueden disminuir las muertes por sobredosis tras la liberación

Con el consumo repetido de una droga, la persona se vuelve fisiológicamente dependiente de esta y debe consumir más para alcanzar el efecto deseado, lo que se conoce como aumento de la tolerancia.<sup>2</sup> Sin embargo, las personas con OUD pierden este incremento de la tolerancia cuando están encarceladas debido a la supuesta abstinencia y, por lo tanto, se encuentran en un mayor riesgo de muerte por sobredosis en las semanas posteriores a la liberación.<sup>3</sup> Dado el riesgo, las personas encarceladas deberían ser una población prioritaria para recibir medicamentos para tratar el OUD. Un estudio realizado en el estado de Washington descubrió que, en un período de cuatro años, la sobredosis de drogas fue la causa principal de muerte entre personas que habían estado encarceladas, y el riesgo de muerte era más alto en las semanas inmediatamente posteriores a la liberación.<sup>4</sup>

## Sistemas unificados de seguridad pública

Seis estados (Alaska, Connecticut, Delaware, Hawái, Rhode Island y Vermont) ejecutan un "sistema unificado de seguridad pública", lo que significa que tanto cárceles como prisiones se encuentran bajo la administración del estado. Como un sistema unificado, estos estados mantienen la custodia de las personas desde el momento de su arresto hasta la sentencia y liberación. Esto marca un contraste con la mayoría de los estados, en los que las prisiones administradas por el estado son responsables de las personas que cumplen sentencias generalmente superiores a un año, mientras que las cárceles administradas por condados o ciudades suelen alojar a personas sentenciadas a un año o menos, además de personas que se encuentran a la espera del juicio.

En 2016, el Departamento de Correccionales de Rhode Island (RIDOC, por sus siglas en inglés) comenzó a ofrecer una opción de todos los medicamentos aprobados por la FDA a personas con resultados positivos en las pruebas de OUD. Cabe mencionar que los pacientes y los proveedores médicos seleccionaron metadona y buprenorfina en abrumadora mayoría para el tratamiento; algunos pocos eligieron naltrexona. Un estudio reciente del RIDOC examinó los efectos que tenía proporcionar medicamentos para tratar el OUD durante la encarcelación en las muertes por sobredosis posteriores a la liberación. Después de la implementación del programa, las muertes posteriores a la encarcelación disminuyeron un 61 % en comparación con el año anterior. De hecho, la reducción de la cantidad de muertes tras la liberación entre personas encarceladas representó gran parte de la reducción general del 12 % que el estado alcanzó en las muertes por sobredosis.<sup>5</sup>

Rhode Island fue el primer estado en proporcionar los tres medicamentos para el OUD aprobados por la FDA a toda la población privada de libertad. Antes del lanzamiento del programa a escala completa en noviembre de 2016, con una asignación legislativa estatal de dos millones de dólares, el programa de RIDOC tuvo varias versiones: abstinencia médicamente asistida para aquellos que ingresaban a la instalación, con metadona o buprenorfina; continuación de medicamentos a lo largo del embarazo para personas que comenzaron a recibirlos en la comunidad; un programa de naltrexona inyectable únicamente; y un programa piloto para mantener a las mujeres en tratamiento con metadona o buprenorfina iniciado en la comunidad. RIDOC realizó acuerdos con un proveedor comunitario de alcance estatal para brindar tratamiento para el OUD dentro de las instalaciones, lo que ayudó a proporcionar una atención continua tras la liberación.<sup>6</sup>

Dados los beneficios de los medicamentos y el apoyo psicológico para tratar el OUD en la población general y la experiencia del RIDOC, es probable que un programa de tratamiento integral en entornos correccionales reduzca las tasas de mortalidad para las personas que se reinseran en la comunidad.<sup>7</sup> Sin embargo, se necesita más investigación para entender el impacto que tienen los programas de esta naturaleza implementados en cárceles y prisiones en la mortalidad, la reincidencia y otros resultados a largo plazo. Gran parte de la investigación realizada en cárceles y prisiones hasta la fecha ha tenido varias debilidades metodológicas, entre las que se incluyen las siguientes:

- Bajo número de inscritos en el estudio.
- Un enfoque en un solo medicamento, por lo general, metadona, debido a su antigüedad en el mercado, en lugar de estudiar resultados asociados a cada uno de los tres medicamentos.

A pesar de estas limitaciones, MOUD es el estándar de atención y debe proporcionarse independientemente del entorno terapéutico.

## Consumo ilegal de opioides tras la liberación

Existen estudios de alcance nacional, realizados entre residentes comunitarios, que muestran cómo los medicamentos y el apoyo psicológico para tratar el OUD pueden producir una reducción del consumo de opioides ilegales, lo que también se asocia a resultados de salud, tales como disminución de la transmisión de VIH y hepatitis C debido al consumo de drogas inyectables.<sup>8</sup>

Estos beneficios pueden extenderse a las personas que comenzaron a recibir medicamentos y apoyo psicológico en el contexto del sistema de justicia penal. Un estudio realizado en personas que iniciaron tratamiento con metadona en prisión mostró una reducción del consumo ilegal de opioides inyectables tras la liberación, en comparación con aquellas que, en cambio, estuvieron sujetas a una desintoxicación forzada en prisión.<sup>9</sup> Además, un estudio aleatorizado en hombres encarcelados en Baltimore descubrió que aquellos que recibieron apoyo psicológico y metadona en prisión tenían menos probabilidades de mostrar pruebas de orina positivas para opioides a los 12 meses después de la liberación que las personas que recibieron ya sea solamente apoyo psicológico en la prisión o apoyo psicológico y una derivación para recibir tratamiento con metadona tras la liberación.<sup>10</sup>

Aunque estos y otros estudios muestran los beneficios que tiene la metadona, en particular, para reducir el consumo ilegal de opioides tras la liberación, un estudio no mostró ninguna diferencia en el consumo ilegal de opioides después de la liberación al comparar a las personas que comenzaron un tratamiento con buprenorfina durante la encarcelación y aquellas que lo comenzaron después de la liberación.<sup>11</sup> Además, ha habido menos estudios que examinan los efectos de la naltrexona en el consumo ilegal de opioides después de la liberación. Por consiguiente, resultaría útil realizar una investigación que examine los efectos de los tres medicamentos aprobados por la FDA sobre el consumo de opioides ilegales después de la liberación; sin embargo, ante la falta de dichos estudios adicionales, no se deberían negar ni los fármacos ni el apoyo psicológico.

## Participación en el tratamiento tras la liberación

Una revisión sistemática de varios estudios examinó si el hecho de iniciar o mantener a las personas en tratamiento farmacológico y con apoyo psicológico para tratar el OUD en cárceles y prisiones aumenta sus probabilidades de iniciar un tratamiento al ser liberadas o incrementa el plazo durante el cual permanecen en tratamiento comunitario. Muchos de los estudios incluían planificación del alta y remisión a tratamiento en la comunidad, dos componentes importantes de cualquier esfuerzo para mejorar los resultados posteriores a la liberación. La preponderancia de evidencia sugiere que las personas que están encarceladas y comenzaron un tratamiento con medicamentos y apoyo psicológico en la cárcel o la prisión tienen más probabilidades de involucrarse en tratamiento después de la liberación que las personas que no reciben medicamentos cuando están encarceladas.<sup>12</sup> Además, con capacitación adicional, los oficiales de libertad condicional y período de prueba pueden fomentar la participación en el tratamiento después de la liberación y volver a enfatizar la importancia de continuar la atención comunitaria.

## Efecto de los medicamentos y los programas de apoyo psicológico en los resultados de la justicia penal

Otro grupo de estudios ha explorado si el hecho de iniciar o seguir el tratamiento con medicamentos y apoyo psicológico en cárceles y prisiones tiene influencia en la tasa de nuevos arrestos, nuevas encarcelaciones y actividad criminal; sin embargo, al día de hoy, los datos no permiten sacar conclusiones certeras. Aunque algunos estudios han mostrado mejores resultados de justicia penal a corto plazo (es decir, de uno a seis meses), otros no han mostrado ningún efecto.<sup>13</sup>

Un estudio realizado en personas de una cárcel metropolitana de gran tamaño del suroeste de los EE. UU., quienes continuaron el tratamiento con metadona comenzado en la comunidad, descubrió que estas tenían menos probabilidades de volver a ingresar a un establecimiento penitenciario y permanecían en la comunidad durante períodos más prolongados antes de volver a ser privadas de su libertad, en comparación con las personas con OUD que no habían recibido metadona durante la encarcelación.<sup>14</sup> En contraste, un estudio realizado en personas que comenzaron tratamiento con buprenorfina mientras estaban encarceladas no reveló diferencias posteriores a la liberación en la cantidad de personas arrestadas, el número medio de arrestos, el tiempo transcurrido hasta el primer arresto o la gravedad de los nuevos cargos en comparación con las personas que comenzaron el tratamiento con buprenorfina tras la liberación.<sup>15</sup>

Las distintas metodologías, las características grupales variadas y el pequeño número de participantes en el estudio contribuyeron a los hallazgos globales inconcluyentes. A pesar de notar el valor que tienen los estudios adicionales que evalúan los resultados en materia de justicia penal, la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción informa que los fármacos y el apoyo psicológico deben ser el estándar de atención para las personas con OUD en estos ámbitos de la justicia.<sup>16</sup>

## Siguientes pasos para los miembros de las legislaturas

Los miembros de las legislaturas deben proporcionar recursos e introducir cambios a la legislación para ayudar a las cárceles y prisiones a ofrecer medicamentos y apoyo psicológico para tratar el OUD y facilitar la transición de las personas a la atención comunitaria cuando recuperan su libertad. Como primer paso, los miembros de las legislaturas deben solicitar los datos de las agencias estatales para comprender la naturaleza de la problemática del abuso de drogas y las necesidades terapéuticas de las personas encarceladas. Esta información sustentará las intervenciones regulatorias y programáticas que corresponda implementar y ayudará a calcular el financiamiento necesario para apoyar el tratamiento en las cárceles y las prisiones y los servicios de reinserción. También puede ser necesario financiar sistemas de datos integrados que faciliten el intercambio de la información de salud y la continuidad de la atención en distintos entornos.

Además, después de que las cárceles y las prisiones reciban financiamiento, los miembros de las legislaturas deben esperar una pronta implementación de los programas, pero sin pasar por alto el hecho de que estos establecimientos necesitan tiempo para desarrollar los protocolos farmacológicos y de apoyo psicológico necesarios, calcular la demanda de servicios, presentar el programa y coordinar su trabajo con otras agencias, como Medicaid y la agencia estatal de salud mental y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Los miembros de las legislaturas deben solicitar actualizaciones regulares sobre las personas atendidas y los éxitos y desafíos del programa.

## Análisis de caso: Departamento de Correccionales de Pensilvania

Un sistema de prisiones estadounidense de gran envergadura se expande a partir de un programa que ofrecía únicamente naltrexona para ofrecer buprenorfina en todo el sistema

### Antecedentes

Pensilvania era el quinto estado más poblado de Estados Unidos en 2018, con una población de 12,8 millones.<sup>17</sup> En 2017, tuvo la tercera tasa más alta de muertes por sobredosis de drogas: 44,3 por cada 100.000 personas, o aproximadamente 5.400 muertes.<sup>18</sup>

El Departamento de Correccionales (DOC, por sus siglas en inglés) de Pensilvania aloja a una población de 46.163 personas al 30 de septiembre de 2019, y recibió un presupuesto sanitario para el año fiscal 2018-2019 de 270 millones de dólares.<sup>19</sup> Pensilvania brinda servicios de atención de salud en sus instalaciones correccionales, en gran parte, mediante un contrato con un proveedor de atención de salud privado, aunque algunos miembros del personal de enfermería son empleados estatales.<sup>20</sup>

### Historia del programa de tratamiento de los OUD

Históricamente, el DOC ha mantenido el tratamiento con metadona de las mujeres embarazadas, o lo ha iniciado, al derivarlas a un programa de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) comunitario.

En 2014, el DOC comenzó un programa piloto en un centro que ofrecía naltrexona inyectable y oral a mujeres encarceladas no embarazadas que tenían prevista su liberación en un plazo de 30 días. Para las dosis posteriores, el personal del programa estableció citas de seguimiento con proveedores de las comunidades a las que las mujeres regresarían después de la prisión. Pensilvania, un estado que suspende la inscripción a Medicaid cuando la persona ingresa al establecimiento correccional, en lugar de darla de baja, también se aseguró de que los participantes se inscribieran a Medicaid antes de salir de prisión o reactivaran la inscripción.

Además, como parte de este programa piloto, un oficial de libertad condicional facilitó la continuación de la atención tras la liberación para las personas con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, VIH o una enfermedad mental grave. Este programa piloto inicial se expandió a otras prisiones después de 2014. El DOC contrató a un coordinador a nivel estatal de tiempo completo en marzo de 2016 para planificar y liderar la implementación y monitorear la operación del programa de tratamiento del OUD del DOC. Este programa incluye, en la mayoría de los casos, la provisión de apoyo psicológico a los participantes que reciben medicamentos.

### Beneficios de la suspensión de Medicaid

Durante mucho tiempo, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han instado a los estados a no dar de baja la cobertura de las personas inscritas mientras están encarceladas en centros correccionales, sino a suspenderla hasta la liberación o hasta que los inscritos estén enfermos y necesiten atención hospitalaria fuera del centro, que es el único tipo de atención que Medicaid cubre para las poblaciones encarceladas. La suspensión permite que todos los servicios de Medicaid se reanuden sin problemas luego del regreso a la comunidad, que es un momento con una mortalidad especialmente alta.<sup>21</sup>

### Evaluación temprana

Investigadores de la Universidad de Drexel lideraron un estudio aleatorizado, controlado, sin ciego de los participantes del programa con naltrexona entre septiembre de 2015 y abril de 2017. La inscripción estaba compuesta por personas que pronto saldrían de cuatro prisiones y que se ofrecieron como voluntarios y otorgaron su consentimiento para participar. Las personas interesadas y que cumplían con los requisitos (es decir, eran clínicamente aptas para tolerar naltrexona, en una dosis baja de prueba, sin experimentar efectos secundarios no deseados) fueron asignadas aleatoriamente para recibir una inyección de naltrexona o nada; ambos grupos recibieron tratamiento de salud conductual grupal estándar en la comunidad. Se asignaron cuarenta y siete personas a cada grupo y se les realizó seguimiento durante, al menos, seis meses después de la liberación. Los investigadores descubrieron que los participantes que recibieron inyecciones tuvieron una reducción estadísticamente importante en las recaídas durante el período de libertad condicional, calculado según las pruebas de detección de drogas, pero no se detectó una reducción importante en la reincidencia, calculado en función de nuevos arrestos o retorno a la custodia del DOC. Los investigadores no exploraron el uso de los servicios de urgencias, la mortalidad ni otras métricas.<sup>22</sup> Aunque este fue un estudio muy pequeño que no evaluó todos los resultados de interés, fue lo suficientemente alentador para que el DOC decidiera ampliar el programa.

### Ampliación del programa de naltrexona en Pensilvania

Para abril de 2018, el DOC ofrecía una inyección de naltrexona única antes de la liberación a cualquier persona con trastornos por consumo de alcohol u opioides en las 25 prisiones de Pensilvania. Si una persona expresaba interés en recibir naltrexona, un mes antes de su liberación, el DOC debía realizar pruebas preparatorias, incluida la administración de naltrexona oral durante algunos días, que se conoce como prueba de exposición a la naltrexona. Al administrar esta dosis baja de prueba, se evalúa la dependencia física del paciente a los opioides. Además, esto sirve para confirmar la ausencia de dependencia fisiológica antes de la administración de una inyección de naltrexona, la cual solo debe administrarse después de siete a diez días de abstinencia de un opiáceo.<sup>23</sup>

Los trabajadores sociales programaron citas de seguimiento mensuales para las personas antes de su liberación, y los oficiales de libertad condicional ayudaron a coordinar las citas y a garantizar su cumplimiento. Además de la participación de estos oficiales, se asignaron trabajadores sociales especialmente designados en varias regiones del estado para que ayudaran a las personas liberadas a cumplir con su plan de tratamiento y a solucionar otros factores que podrían poner en riesgo su tratamiento. Debido a que la mitad de todos los condados de Pensilvania no tienen suficientes proveedores dispuestos a administrar naltrexona (un medicamento que no requiere licencias adicionales más que estar facultado para recetar medicamentos en general), el estado contrató a Positive Recovery Services (PRS) para que operara clínicas móviles para administrar las inyecciones de seguimiento. PRS es una organización basada en la comunidad que presta servicios de gestión médica de naltrexona en 24 condados de Pensilvania, tanto en sus oficinas tradicionales como en las oficinas móviles.<sup>24</sup>

En enero de 2019, el DOC modificó su programa piloto y comenzó a ofrecer hasta tres inyecciones antes de la liberación de la persona. Esta expansión fue diseñada para ayudar a las personas a ajustarse a cualquier efecto secundario del medicamento antes de salir de la prisión y para aumentar la tasa de personas que seguían recibiendo las inyecciones después de regresar a la comunidad. Todas las personas que no estén tomando ya otra forma de medicamentos para tratar el OUD o que hayan estado recibiendo dosis de mantenimiento de naltrexona oral (que se ofrece actualmente en seis instituciones correccionales) seguirán recibiendo hasta tres inyecciones antes de la liberación, mientras el DOC expande la oferta de otros medicamentos (véase la sección de participación del programa). El efecto del piloto de tres inyecciones se evaluará, al menos en parte, durante una revisión de las

reclamaciones de Medicaid de 2019 (que se presume será quien pagará el costo de las inyecciones después de la liberación) para determinar si aquellos que recibieron múltiples inyecciones antes de la liberación continuaron con su tratamiento de naltrexona en la comunidad durante más tiempo que los que solo recibieron una inyección antes de la liberación. Una subvención de la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción (SAMHSA, por sus siglas en inglés) cubre el costo de las tres inyecciones en la actualidad.

## Participación en el programa

En 2016, 78 personas encarceladas recibieron una inyección única de naltrexona antes de abandonar la prisión. En 2018, ese número ascendió a 742. Y solamente en los primeros cuatro meses de 2019, se administraron 315 inyecciones bajo el nuevo protocolo de administración de múltiples inyecciones antes de la liberación.

Más recientemente, el departamento comenzó un programa de menor envergadura con naltrexona para personas que recientemente habían sido privadas de la libertad, con sentencias más cortas y que habían sido admitidas a los programas comunitarios de tratamiento de opioides del DOC. Estos programas son unidades de tratamiento residencial contenidos dentro de una prisión estatal y están diseñados para apoyar la recuperación del SUD.

Como parte de su esfuerzo continuo por abordar de forma integral la crisis de opioides de Pensilvania, a la que el gobernador Tom Wolf se refirió como “una catástrofe urgente”, en la primavera de 2019, el DOC tomó importantes acciones a fin de expandir su programa farmacológico para tratar el OUD.<sup>25</sup> Una prisión que aloja personas bajo libertad condicional que están sujetas a una desintoxicación de 14 días puso a prueba un piloto en el que se ofreció inducción con Suboxone seguida de una inyección de Sublocade de larga acción (una forma de buprenorfina inyectable mensual); estas personas luego eran liberadas a un régimen de tratamiento ambulatorio u hospitalizado. Asumiendo que el piloto se complete exitosamente, se determinará el uso de Sublocade caso por caso, en función del lugar en donde esté alojada la persona dentro del sistema correccional y de los recursos disponibles en ese lugar. El coordinador del tratamiento del OUD a nivel estatal del DOC indica que se recetará a las personas el medicamento que ellos y sus médicos crean que es el más adecuado.

Tabla 1

## Medicamentos aprobados por la FDA para tratar el trastorno por consumo de opioides<sup>26</sup>

Medicamento	Mecanismo de acción	Vía de administración	Frecuencia de dosis	Vía de acceso al fármaco
<b>Metadona</b>	Agonista total	Tabletas, líquido, oblea	Diaria	Programa de tratamiento del consumo de opioides
<b>Buprenorfina</b>	Agonista parcial	Tableta o película al interior de la mejilla o bajo la lengua.	Diaria	Cualquier médico con permiso y licencia correspondiente o bajo una autoridad de dispensación del programa de tratamiento contra consumo de opioides
		Monoterapia: Subutex		
		Incluye naloxona (Suboxone)		
Formulación inyectable de liberación extendida (Sublocade)	Mensual			
		Implante bajo la piel (Probufina)	Cada seis meses	
<b>Naltrexona</b>	Antagonista	Tableta	Diaria	Cualquier médico con facultad de prescripción
		Formulación inyectable de liberación extendida	Mensual	

Además, desde el 1 de junio de 2019, el DOC seguirá administrando buprenorfina o naltrexona a cualquier persona que ingrese a alguna de sus instalaciones en Pensilvania y que haya estado inscrita de forma activa en un programa farmacológico para tratar el OUD en la comunidad o en una cárcel del condado antes de la encarcelación. Por ejemplo, la cárcel de Filadelfia ofrece las tres formas de medicamentos a las personas que se encuentran encarceladas allí; una parte de estas personas es trasladada a un centro del DOC para cumplir su condena y donde podrán continuar con su tratamiento.

El DOC ha instado a los directores de cárceles del condado a mantener a sus poblaciones encarceladas bajo tratamiento farmacológico del OUD tras verificar la dosificación con el proveedor comunitario de la persona. En tal sentido manifestó que, posteriormente, desde el mismo departamento, se encargarán de continuar con el mantenimiento cuando la persona ingrese a un centro de recepción de la prisión estatal. Aquellos que ingresen al DOC como participantes activos del programa de metadona podrán optar por cambiar a buprenorfina o naltrexona hasta que la metadona esté más disponible en los establecimientos del DOC.<sup>27</sup>

El DOC está trabajando para modificar su programa de metadona para mujeres embarazadas encarceladas, por ejemplo, al trasladar al proveedor del programa de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) a la prisión, en lugar de trasladar a las mujeres al sitio del OTP, lo que disminuye los costos de transporte y de tiempo del personal. El DOC también está agregando la buprenorfina como alternativa para la metadona, ya que percibe que este fármaco tiene varias ventajas, entre ellas, la dosificación que se puede hacer en el centro penitenciario con menos requisitos de licencia, un período de disminución gradual de la dosis posparto más corto y sencillo para la madre y un ciclo de abstinencia más fácil para el recién nacido. Actualmente, si una mujer embarazada está en tratamiento con Subutex (buprenorfina sin la naloxona añadida de Suboxone) cuando ingresa al centro, el DOC implementa la transición a la metadona y luego reduce su dosis posparto. El objetivo final es apegarse a las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos contra la reducción de las dosis posparto.<sup>28</sup>

## Costos

El DOC está utilizando el financiamiento de la Respuesta Estatal a los Opioides de la SAMHSA para ampliar su programa. Ha presupuestado 3,2 millones de dólares anuales para la ampliación de naltrexona y Sublocade, incluidos los costos de contratación de personal para agregar un médico especialista en adicciones.

## Análisis de caso: Departamento de Correccionales de Vermont

### Un sistema estatal unificado ofrece los tres tipos de medicamentos aprobados por la FDA

## Antecedentes

En 2018, Vermont tenía una población de 626.000 personas, lo que lo convierte en el segundo estado menos poblado.<sup>29</sup> Bajo el sistema unificado de seguridad pública de Vermont, las cárceles y las prisiones del estado se encuentran bajo administración estatal. En 2018, el promedio de la población diaria estatal del sistema fue de 1.515 personas distribuidas en seis centros. Vermont también aloja aproximadamente al 15 % de las personas encarceladas (270 personas en 2018) en un establecimiento contratado y ubicado fuera del estado debido a la falta de disponibilidad de camas.<sup>30</sup>

El presupuesto del DOC de Vermont en el año fiscal 2019 fue de aproximadamente 157 millones de dólares.<sup>31</sup> Vermont brinda servicios correccionales de atención médica en los centros del estado a través de un contrato con un proveedor sanitario privado, que actualmente es Centurion of Vermont.

## Historia del programa de tratamiento del OUD

Hasta finales de 2014, el DOC ofrecía a todas las personas que ingresaban al sistema correccional estatal con una prescripción verificada de buprenorfina o metadona el mantenimiento de su régimen farmacológico durante 30 días. Con este período de mantenimiento de 30 días, muchos residentes de Vermont que ingresaban al DOC por

períodos breves podían evitar la discontinuación/desintoxicación mientras estaban bajo custodia y luego reanudar de inmediato el tratamiento al reinsertarse en la comunidad. Debido a que el sistema de Vermont está unificado, es decir, el estado controla tanto sus cárceles como sus prisiones, muchas personas con prisión preventiva quedan bajo custodia durante estadías cortas, lo cual es característico en las cárceles de los estados con sistemas no unificados.

En octubre de 2014, bajo las indicaciones de la Legislatura de Vermont, el DOC inició un proyecto piloto en dos establecimientos que extendió el período de mantenimiento terapéutico de 30 días a 90 tanto para las personas que estaban a la espera del juicio como para las que habían recibido su sentencia y tenían prescripciones verificadas.<sup>32</sup> El tratamiento incluía medicamentos y la opción de recibir apoyo psicológico, conforme la ley de Vermont. A las personas que recibían buprenorfina o metadona y que permanecieron encarceladas durante más de 90 días, se les retiró su medicamento con supervisión médica. En la demostración participaron un total de 323 personas, en representación de 413 admisiones correccionales. El 98 % (406 admisiones) completaron el período de mantenimiento de 90 días o siguieron recibiendo medicación al ser liberados de la detención antes de que expirara el período de 90 días. Siete personas fueron apartadas del piloto a través de un retiro médico por violar las condiciones del programa.<sup>33</sup>

## Resultados del programa piloto

En el plazo de un año del piloto (de octubre de 2014 a septiembre de 2015), 62 participantes (un promedio del 28 %) que se reinsertaron en la comunidad mientras recibían medicamentos volvieron a ser encarcelados. No obstante, no se dispone de datos comparables respecto del retorno a la encarcelación para las personas que estuvieron en mantenimiento solo durante 30 días, que era el período estándar de mantenimiento antes de la directiva legislativa. No se estudiaron resultados específicos de salud para los participantes del piloto.

El grupo de trabajo informó al menos dos desafíos durante el piloto. El primero fue el aumento de las preocupaciones de seguridad para los participantes del programa, y se informaron incidentes de lesiones y violencia, los cuales se cree que se debieron a intentos de desviar el uso de medicamentos de venta con receta por parte de personas que no eran participantes. Los incidentes se vincularon con el procedimiento de dosificación altamente visible, que violaba los estándares de privacidad de los pacientes, quienes fueron más fácilmente identificables y, por lo tanto, constituían blancos más fáciles.

El segundo desafío residió en el hecho de que el DOC proporcionó metadona a través de un OTP matriculado de la comunidad debido a que ninguno de los centros del piloto tenía licencia. El proveedor comunitario resultó caro y engorroso para el DOC, sobre todo si se admitía al centro a alguien que necesitaba recibir el medicamento durante un fin de semana o un feriado.<sup>34</sup> Las pautas federales de tratamiento establecen que cualquier variación de los protocolos de tratamiento estándar, como la admisión inesperada a prisión de alguien que estaba en mantenimiento con metadona, requiere permiso de exención, el cual no puede obtenerse todos los días, durante las 24 horas.<sup>35</sup>

El DOC informó un costo de 1.600 dólares mensuales en servicios médicos para administrar los medicamentos a través del programa piloto. La seguridad asociada al programa piloto, como los oficiales correccionales asignados a supervisar de cerca la administración de los medicamentos para evitar el mal uso, costó aproximadamente 1.100 dólares mensuales en cada uno de los dos centros del piloto.<sup>36</sup>

## Programa actual de tratamiento del OUD bajo la Ley 176

A partir del piloto de mantenimiento con buprenorfina de dos instalaciones, el 25 de mayo de 2018, el gobernador de Vermont firmó la Ley 176, que estableció que el estándar médico principal para el tratamiento del OUD eran los medicamentos y el apoyo psicológico.<sup>37</sup> A partir del 1 de julio de 2018, se requirió al DOC que iniciara o continuara de inmediato el tratamiento de los pacientes que cumplieran con la necesidad médica con cualquiera de los tres medicamentos aprobados por la FDA (si el paciente optaba por hacerlo) durante el tiempo que fuera médicamente necesario.

Al momento de la aplicación de la Ley 176, un número mayor de lo esperado de personas encarceladas presentó solicitudes de detección y evaluación para participar del programa de tratamiento de OUD. Antes de la Ley 176, no existía ningún proceso para determinar la necesidad médica de tratamiento de aquellas personas que no tenían ya una receta de medicamentos al ingresar a la custodia, por lo que existió una gran demanda entre las personas que deseaban ser evaluadas con el objeto de comenzar a recibir los medicamentos para tratar el OUD.

Centurion, el proveedor médico contratado del DOC, primero identificó a las personas que necesitaban iniciar el tratamiento al momento de la admisión por medio de un abordaje frecuente del trastorno potencial por consumo de sustancias psicoactivas, conocido como detección, intervención breve y derivación al tratamiento (SBIRT, por sus siglas en inglés), y la escala clínica de abstinencia de opiáceos (COWS, por sus siglas en inglés), una herramienta utilizada para calificar signos y síntomas comunes de abstinencia de opiáceos y monitorearlos a lo largo del tiempo.<sup>38</sup> Durante las primeras etapas de implementación, se modificó el proceso de detección y evaluación para incluir el uso de la Detección Rápida del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas y la Lista de verificación del Trastorno por consumo de opiáceos DSM-5.

Centurion siguió inicialmente las pautas de tratamiento de la Comisión Nacional de Atención Sanitaria Correccional para el OUD, que indican que para minimizar el riesgo de sobredosis y muerte tras la liberación, el inicio (si no se inicia al momento de la encarcelación) debe ocurrir dentro de los 30 días previos a la liberación.<sup>39</sup> No obstante, en un sistema unificado como el de Vermont, muchas personas encarceladas podrían ser liberadas sin previo aviso o no conocer la duración de su estadía; esto presentó dificultades para tomar decisiones de inducción y coordinar la atención con proveedores basados en la comunidad al momento de la liberación. Para abordar este tema, el DOC proporcionó información integral sobre las fechas de liberación a Centurion cuando estaban disponibles, en especial, para aquellos que ya cumplían sentencias y que no habían tenido acceso a medicamentos y apoyo psicológico cuando ingresaron. Tener esta información permitió a Centurion iniciar el tratamiento de aproximadamente 470 nuevos pacientes en un período breve en el otoño de 2018, lo que redujo la lista de espera para recibir tratamiento para aquellos que ya estaban en el sistema del DOC. Centurion también contrató a un médico con experiencia en medicina de adicciones para desarrollar un amplio proceso de detección e inducción.<sup>40</sup> Se han desarrollado e implementado políticas integrales, procedimientos y lineamientos clínicos del DOC, y este busca conseguir la revisión por pares de su programa por parte de expertos nacionales.

Una vez resuelto el atraso inicial de las detecciones, se estabilizó el número de pacientes que comenzaban el tratamiento con medicamentos para tratar el OUD cada mes. En un día, el DOC tiene aproximadamente 550 pacientes en tratamiento con buprenorfina y 70 con metadona. Solo un pequeño número de pacientes toma naltrexona oral. Un vistazo diario del 21 de mayo de 2019 indicó que el 60 % de las mujeres y el 40 % de los hombres encarcelados estaban recibiendo medicamentos y se les había ofrecido recibir apoyo psicológico para tratar el OUD.<sup>41</sup>

## Pago

A finales de 2018, el DOC y Centurion negociaron una modificación contractual que incluyó un aumento a la capitación por interno por mes (PIPM, por sus siglas en inglés). El nuevo índice refleja el programa ampliado en curso (excepto los medicamentos), así como otros cambios programáticos concurrentes en los servicios de atención sanitaria correccional de Vermont. A pesar de que los costos de estas diversas modificaciones se combinaron en una negociación de capitación, el DOC describió que el cambio del índice, de 1.181,02 a 1.248,86 dólares PIPM, se debió, casi en su totalidad, al costo del programa.<sup>42</sup> La nueva capitación se paga por todas las personas que estén encarceladas, se les prescriba o no medicamentos o participen o no en apoyo psicológico para el tratamiento del OUD.

El DOC encarga a Centurion la compra y el pago de los medicamentos a través de su proveedor de farmacia subcontratado, ya que esto le permite obtener un mejor precio. No obstante, el DOC reembolsa directamente a Centurion en lugar de incorporar los medicamentos en el PIPM.<sup>43</sup>

## Evaluación

La Ley 176 exige realizar una evaluación del programa de tratamiento del OUD antes del 15 de enero de 2022. El DOC está en proceso de elaborar una solicitud de propuesta para la evaluación, la cual buscará a una persona, agencia u organización, ya sea de forma independiente o en asociación con colaboradores, que asista al DOC en la realización de una evaluación integral de la efectividad y el impacto del programa. La evaluación se basará en los datos recabados por el registro sanitario electrónico del DOC, el Sistema de Gestión de Delinquentes, y otras bases de datos de alcance estatal. La evaluación se centrará en cuatro áreas principales: 1) medidas de adhesión al programa, 2) medidas de eficacia del programa, 3) aseguramiento de la calidad y fidelidad del programa, y 4) coordinación de la atención integrada. El equipo de evaluación desarrollará medidas específicas para estas áreas.

## Análisis de caso: Denver

### Una institución de la red de seguridad administra la atención sanitaria y los medicamentos para tratar el OUD en las cárceles locales

#### Antecedentes

Denver, la capital y el municipio más poblado de Colorado, tenía una población de casi 675.000 residentes en 2017.<sup>44</sup> Desde 2008 hasta al menos 2014, la tasa de mortalidad por sobredosis de drogas ajustada por edad del condado de Denver aumentó hasta superar las 20 muertes por cada 100.000 residentes, lo que la situó por encima de la media nacional.<sup>45</sup> Denver opera una cárcel de ciudad y una de condado. Durante la semana del 14 de enero de 2019, las cárceles tuvieron una población diaria promedio combinada de 1.977 personas, y la cárcel del centro de la ciudad alojó a las dos terceras partes (1.303) de ellas, pero la cárcel del condado tuvo estadías mucho más cortas.<sup>46</sup> El proveedor de servicios sanitarios en ambas cárceles es la Autoridad Hospitalaria y de Salud de Denver (Denver Health), una institución de la red de seguridad primaria que se describe como prestador de atención para las necesidades de poblaciones especiales, como las personas de bajos recursos, aquellas sin cobertura, las adolescentes embarazadas, los adictos al alcohol y otras sustancias, las víctimas de violencia y las personas sin hogar.<sup>47</sup> Entre noviembre de 2017 y octubre de 2018, más de 3.900 personas encarceladas informaron dependencia a opioides al ingresar a la cárcel, y el 69 % de ellos citó síntomas de abstinencia de opioides de moderados a severos.<sup>48</sup>

#### Historia del programa de tratamiento del OUD

Para las personas que ingresan a cualquiera de las cárceles de Denver mientras están inscritas en un programa de metadona, la cárcel ha ofrecido "continuar" la metadona durante al menos 10 años a través de la clínica de metadona de su contratista de salud en Denver Health.<sup>49</sup> Las mujeres embarazadas con OUD que ya no reciben mantenimiento con metadona pueden acceder a la inducción con metadona a través del ingreso a una unidad médica hospitalaria segura en Denver Health.<sup>50</sup>

Su programa de tratamiento se amplió primero para enfocarse en la naltrexona, pero se encontró con que las personas se mostraban reticentes a recibir el medicamento y a realizar el seguimiento tras la liberación. Esto derivó en el programa actual, que fue lanzado formalmente el 1 de enero de 2018, y consta de lo siguiente:

- Desintoxicación de tres días con buprenorfina para todas las personas que experimentan abstinencia de opioides.
- Continuación con buprenorfina si la persona tiene una prescripción y un proveedor existentes en la comunidad.
- Iniciación con buprenorfina si la persona califica para libertad condicional para adultos y tiene cargos penales pendientes solo en Denver.<sup>51</sup> Esta última condición es necesaria porque ni los condados vecinos ni el Departamento de Correccionales del estado (que administra las cárceles de Colorado) ofrecen formas agonistas de medicamentos para tratar el OUD, y los administradores de la cárcel de Denver no desean iniciar el tratamiento de alguien que pueda ser trasladado para enfrentar cargos en otro lugar, lo cual lo dejaría sin acceso al medicamento.
- Continuación de la metadona para las personas que ingresan y que ya están en mantenimiento con este fármaco.
- Iniciación con metadona para mujeres embarazadas con OUD al ingresar a la cárcel, si no reciben ya este fármaco.

#### Personal, financiamiento y evaluación

En el programa actualmente se emplea a un psiquiatra supervisor, un supervisor/asistente médico de medicación para tratar el OUD, dos enfermeros/as registrados/as, dos consejeros con una maestría (específicamente trabajadores de casos terapéuticos) y dos coordinadores de atención comunitaria.

Los medicamentos se financian principalmente a través de una de las subvenciones federales de la Respuesta Estatal Enfocada en la Crisis de Opioides para la división de programas carcelarios de Denver. Cualquier costo en exceso de la medicación se cubre con una subvención de 425.000 dólares otorgada por la autoridad para el abuso de sustancias en Colorado, la Oficina de Salud Conductual. Esta oficina también financia al supervisor de medicamentos para tratar el OUD, uno de los consejeros con maestría y los dos coordinadores de atención comunitaria. Las películas de buprenorfina (tiras solubles tomadas por vía oral) cuestan entre 30.000 y 40.000 dólares al año. El personal del programa se paga con fondos que provienen del Fondo de los Impuestos en Efectivo por Marihuana del estado.<sup>52</sup> Todo el personal del programa trabaja para Denver Health, pero la ciudad de Denver paga los salarios que las subvenciones no cubren.

La distribución de medicamentos en las cárceles fue la siguiente:

Tabla 2

#### Distribución de medicamentos del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

Medicamento/protocolo	Cantidad de órdenes*	Cantidad de individuos únicos*
Protocolo para abstinencia de opiáceos	1.513	1.117
Buprenorfina o Suboxone continuada desde la comunidad	423	256
Buprenorfina o Suboxone inducida	597	322
Vivitrol	30	28
Metadona	458	319

\*La diferencia entre las cantidades representa a los reincidentes.

© 2020 The Pew Charitable Trusts

De las personas que habían iniciado un tratamiento con buprenorfina/Suboxone en la cárcel, el 33 % continuó el tratamiento después de la liberación, lo cual es considerable dado lo difícil que resulta conectar a las personas con el tratamiento al salir de la cárcel. Aquellos que sí continuaron con la atención tuvieron tasas de seguimiento posteriores similares a las de las personas que iniciaron el tratamiento en los servicios de urgencias.<sup>53</sup> Esto puede indicar que la primera conexión con la atención posterior a la liberación es el paso más importante para involucrar a los pacientes con el tratamiento continuo.

#### Siguientes pasos

El personal puede tratar de conseguir que la cárcel tenga licencia como OTP, lo que le permitiría dispensar tanto metadona como buprenorfina las 24 horas del día para atender las necesidades de una población carcelaria que ingresa continuamente. Este cambio también otorgaría flexibilidad para cambiar el medicamento de una persona, según la preferencia del paciente y la necesidad clínica. El cambio requeriría personal adicional, incluyendo al menos otro auxiliar médico, dos enfermeros/as más y un trabajador/a social, además de una acreditación separada por parte de la organización que acredita los servicios de salud en cárceles y prisiones.

Denver utiliza el financiamiento del Fondo de los Impuestos en Efectivo por Marihuana del estado para financiar parte de su tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y se ha comprometido a cubrir el déficit para el programa de la cárcel cuando se acabe el financiamiento de las subvenciones.<sup>54</sup>

En las cárceles de la ciudad se utiliza un proveedor de atención de salud con gran presencia en la comunidad, particularmente entre las poblaciones desatendidas, lo que ayuda a facilitar la continuidad de los cuidados, el intercambio de registros médicos y la “transferencia rápida” (es decir, cuando se realiza la transferencia de la atención entre proveedores frente a la presencia o la participación del paciente). Específicamente, el estatus del contratista como un gran proveedor de tratamiento del OUD, incluido un OTP autorizado, permite a las cárceles ofrecer metadona sin completar por sí mismas el extenso proceso de licencias. De igual manera, la farmacia de Denver Health es un socio importante del programa de tratamiento de las cárceles, realizando ciertas funciones bajo sus licencias estatales y federales que de otro modo la cárcel tendría que contratar de manera independiente, como la capacidad de abastecerse de naltrexona y buprenorfina.

La ciudad y condado de Denver han hecho un esfuerzo concertado para mejorar los servicios de tratamiento del SUD en la comunidad, lo que debería llevar a que más individuos ingresen a la cárcel con alguna forma de medicación. Este último aspecto resulta particularmente destacable, puesto que es más fácil, más rápido y menos costoso continuar el tratamiento que iniciarlo. Asimismo, esta mejora facilitará la conexión de las personas que salen de las cárceles con la atención adecuada al regresar a la comunidad. El plan de acción estratégico para cinco años de Denver, anunciado a mediados de 2018, financia un programa piloto en 431.000 dólares e incluye un centro regional de iniciación para admisiones de tratamiento rápidas centradas en Denver Health.<sup>55</sup> Dicho plan proporciona a las personas la oportunidad de iniciar el tratamiento a cualquier hora del día o la noche, los siete días de la semana. Aquellos que comiencen el programa recibirán una evaluación biológica y psicosocial que permita diseñar un plan de tratamiento personalizado.<sup>56</sup>

## Desafíos

El personal de salud conductual de la cárcel de Denver señaló la falta crónica de vivienda como su mayor desafío sistémico para mantener a las personas en tratamiento farmacológico contra el OUD.<sup>57</sup>

El personal también citó el mal uso del medicamento dentro de la cárcel.

El personal afirmó que contar con más proveedores con exención de buprenorfina y clínicas conductuales ayudaría a incrementar el acceso al tratamiento comunitario en general; datos a nivel estatal confirman esta percepción de escasez. Actualmente, menos de 1 de cada 3 (29 %) de los centros terapéuticos estatales para tratar el SUD ofrecen alguna forma de medicamento para tratar el OUD, y solo siete centros ofrecen las tres.<sup>58</sup> En cambio, a nivel nacional, el 41 % de los programas de tratamiento contra los opioides proporciona al menos una forma de medicación, y el 3 % proporciona todas las formas.<sup>59</sup> Los datos muestran que, en 2017, Colorado tenía 1,03 prescriptores con exención de buprenorfina por cada 10.000 residentes, un número inferior al de su vecino Nuevo México (2,27 por cada 10.000 residentes) y Utah (1,51 por cada 10.000 residentes), pero superior a Arizona (0,97 por cada 10.000 residentes), Nebraska (0,39 por cada 10.000 residentes) u Oklahoma (0,68 por cada 10.000 residentes).<sup>60</sup> Cerca de la mitad de los condados de Colorado (31 de 64) no contaban con un lugar al que las personas pudieran acudir para obtener medicamentos para tratar el OUD, según un informe de junio de 2017.<sup>61</sup> Otros 15 condados solo tenían un proveedor de ese tipo. Algunos de estos condados tuvieron tasas de mortalidad por sobredosis muy superiores a la media estatal.<sup>62</sup>

Una mejor red de transporte público, una reevaluación más general de los requisitos o lineamientos diarios de dosificación, la ampliación de la iniciación y continuidad de la administración de los medicamentos en otras cárceles y en el DOC del estado, y una mejor coordinación del tratamiento entre las diversas cárceles y el DOC también contribuirían al tratamiento de la población carcelaria de Denver, según el personal de salud conductual de la cárcel.

## Análisis de caso: Condado de Middlesex, MA

### Un condado participa en la expansión de tratamiento impulsada por la legislación

## Antecedentes

Ubicado al noroeste de Boston, el condado de Middlesex, Massachusetts, en 2016, tenía una población de 1,59 millones de residentes (23 % de la población del estado), lo que lo hacía el condado más poblado tanto de Massachusetts como de Nueva Inglaterra.<sup>63</sup> Entre 2010 y 2016, las sobredosis relacionadas con opioides aumentaron en más de un 300 % entre los residentes del condado. Adicionalmente, en 2016, el 19 % de todas las sobredosis mortales relacionadas con opioides (heroína, opioides de venta con receta y otros opioides no especificados) en Massachusetts ocurrieron en el condado.<sup>64</sup>

La Oficina del Alguacil de Middlesex (MSO, por sus siglas en inglés) supervisa en todo momento a unos 1.000 hombres que están a la espera del juicio o sentenciados hasta por 2½ años en la Cárcel y Hogar Correccional de Middlesex (MJHOC, por sus siglas en inglés). Las mujeres permanecen en otros lugares bajo el cuidado del Departamento de Correccionales de Massachusetts.<sup>65</sup> Generalmente, del 35 % al 45 % de los detenidos aquí han sido sentenciados a 30 meses o menos, mientras que el resto está a la espera del juicio. Una instantánea de datos de septiembre de 2019 de la población indicó que casi el 40 % requirió una desintoxicación inmediata de drogas o alcohol al momento de la admisión, y casi tres cuartas partes necesitaron desintoxicación de opioides.<sup>66</sup> La MSO tenía un presupuesto para el año fiscal 2019 de casi 69 millones de dólares, y los costos médicos (incluidos los proveedores médicos) representaban el 9 % del presupuesto.<sup>67</sup> A diferencia de la mayoría de los demás estados, las operaciones carcelarias dentro de la mancomunidad son financiadas por la Legislatura de Massachusetts, pero los condados las operan.<sup>68</sup>

## Historia del programa de tratamiento del OUD

Ante un creciente número de muertes por sobredosis de opioides en el condado de Middlesex y la prevalencia de individuos que ingresan bajo custodia con un OUD, la MSO inició el programa de Tratamiento Farmacológico y Recuperación de Opioides Dirigida (MATADOR) a finales de 2015.

Todos las personas que ingresaron en custodia recibieron un examen médico completo y de salud conductual. Quienes se identificaron como poseedores de un OUD o cuyas pruebas detectaron un OUD recibieron educación sobre los medicamentos aprobados, en especial, la naltrexona inyectable, el único medicamento que MATADOR ofrecía hasta septiembre de 2019. De las personas que cumplían los requisitos y participaron en el programa, aproximadamente las dos terceras partes estaban cumpliendo una sentencia en lugar de estar a la espera del juicio.<sup>69</sup> Se les dio información sobre el programa, se les realizó una detección de posibles efectos secundarios médicos mediante la administración de una dosis baja de naltrexona (es decir, exposición a la naltrexona oral), y se les pidió su autorización para compartir la información médica necesaria para la coordinación de la atención y la evaluación del programa posterior al lanzamiento. Todos los participantes tuvieron su primera inyección de naltrexona unas 48 horas antes de su puesta en libertad, se les puso en contacto con un entrenador/par de apoyo para la recuperación mientras estaban detenidos, y recibieron orientación posliberación (los servicios de salud mental en custodia están disponibles en el MJHOC, pero no se ofrecen automáticamente a los participantes de MATADOR).

Los entrenadores realizaron el seguimiento de los participantes que les fueron asignados durante seis meses después de su liberación, para actuar como defensores y brindar apoyo emocional a las personas y como vínculos de comunicación entre las diversas entidades involucradas en el tratamiento y reinserción de cada paciente.

La MSO señaló al menos cuatro atributos del programa MATADOR que funcionaron a su favor:

- La inscripción ha sido estrictamente voluntaria.
- Los servicios comenzaron durante la encarcelación y continuaron luego de que los participantes del programa fueron liberados de la custodia, independientemente de su situación dentro del sistema de justicia.

- Todas las personas fueron analizadas y se inscribieron a Medicaid, que les brinda cobertura integral cuando abandonan la custodia.
- Una gran cantidad de recursos comunitarios estaban disponibles para los participantes del programa al ser liberados.

La conexión con la atención comunitaria tras la liberación ha mejorado desde una anterior iteración fallida del programa, cuando menos de cinco proveedores comunitarios ofrecieron inyecciones de naltrexona. En 2018, el programa MATADOR contaba con más de 50 proveedores comunitarios de este tipo y cada uno debía designar un único punto de comunicación con la MSO para las derivaciones.

## Personal, financiamiento, evaluación

Desde septiembre de 2019, el personal del programa MATADOR incluye a un director del programa, coordinador del programa y par de apoyo del programa, todos los cuales trabajan directamente con personal médico y de reinserción de la MSO para garantizar la eficiencia del programa; asimismo, el coordinador y el par de apoyo están en proceso de convertirse en entrenadores de recuperación matriculados. También se asignan al programa un estadístico y un analista de investigación.

La mayoría del financiamiento del programa MATADOR, incluida la destinada a la exposición a la naltrexona, provino del presupuesto operativo de la cárcel. La dosis inicial de naltrexona inyectable, la única administrada mientras el participante está encarcelado, fue donada por el fabricante del medicamento.

Dos subvenciones brindaron apoyo inicial al programa y ahora hay un tercero tomando su lugar.

- El Programa de Subvención de Asistencia a la Justicia en Memoria de Edward Byrne (Programa de JAG Byrne) otorgó una subvención de 139.000 dólares anuales durante dos años.
- La Ley de Recuperación del Siglo XXI financió 97.000 dólares al año durante dos años con fondos del Departamento de Salud Pública de Massachusetts.<sup>70</sup>
- Una subvención de un año de la Respuesta Estatal a los Opioides/Respuesta Dirigida Estatal de 348.000 dólares se aplicó después de las subvenciones mencionadas.

536 personas únicas (varias personas iniciaron el programa más de una vez porque tuvieron más de una entrada a prisión y posterior liberación durante el período de estudio) se inscribieron en el programa y recibieron al menos una inyección de naltrexona entre su lanzamiento en 2015 y septiembre de 2019. El 77 % de todos los participantes, independientemente del estado de finalización del programa, no reincidió, definido como una nueva condena, una nueva encarcelación y/o una violación de la libertad condicional que conduce a tiempo adicional en la cárcel. No obstante, entre las 125 personas que completaron el programa semestral de inyecciones mensuales y trabajaron con un entrenador de recuperación, un índice apenas superior al 82 % no tuvo una recaída.<sup>71</sup>

El 56 % de los inscritos en el programa mientras estaban bajo custodia de la MSO no lo completaron, y un 60 % desertó tras recibir la primera inyección de naltrexona.<sup>72</sup> La MSO atribuyó ese número, que no es raro en los programas de administración de naltrexona tras la liberación, a una falta de contacto suficiente entre los participantes del programa y el personal; y se espera abordar esta problemática mediante el uso de fondos federales para pares de apoyo adicionales para ayudar en la recuperación. Para junio de 2018, el 96 % de los participantes en MATADOR, independientemente de su permanencia en el programa, no habían sucumbido a una sobredosis mortal tras la liberación.<sup>73</sup>

## Ampliar la disponibilidad de medicamentos para tratar el OUD

En 2018, Massachusetts aprobó el Capítulo 208, una Ley para la Prevención y el Acceso a la Atención y el Tratamiento Apropiados de la Adicción, que autoriza un piloto de cuatro años de duración que administra los tres medicamentos aprobados por la FDA para tratar el OUD en cinco cárceles, entre ellas Middlesex (otras dos cárceles, incluidas Suffolk/Boston, se unieron posteriormente). Se exigió a los alguaciles que presentaran sus costos previstos y planes de implementación del programa piloto para agosto de 2019, incluida la adopción de las prácticas recomendadas para la entrega de los medicamentos y apoyo psicológico, y pautas para proteger al personal correccional y a todas las personas encarceladas, además de protocolos clínicos. El programa de tratamiento de tres medicamentos comenzó en septiembre de 2019.<sup>74</sup>

Las cárceles piloto que participan deberán conseguir lo siguiente:

- Mantener o proveer la capacidad de poseer, dispensar y administrar todos los medicamentos aprobados por la FDA para tratar el OUD.
- Continuar con la forma de medicación que ya le había sido recetada durante la encarcelación a la persona que entra en custodia.
- Proporcionar cualquiera de las tres formas de medicación con un mínimo de 30 días antes de la liberación de cualquier persona sentenciada que no haya ingresado con una prescripción existente.
- Ofrecer orientación en salud conductual como parte del programa de tratamiento del trastorno por consumo de opioides del establecimiento.

Las siete cárceles se reunieron regularmente para discutir los desafíos de la implementación del programa, la infraestructura de las instalaciones y los cambios normativos necesarios para proporcionar metadona (el fármaco más regulado de los tres aprobados), cómo garantizar la seguridad de los medicamentos agonistas y las medidas necesarias para la evaluación cruzada.<sup>75</sup>

El programa de tratamiento ampliado conserva componentes básicos del programa MATADOR original que ofrecía solo naltrexona, como el programa educativo sobre el SUD en las instalaciones, la terapia conductual posterior a la liberación y la asignación de un entrenador de recuperación de pares durante seis meses en la comunidad. Para ampliar sus opciones de medicación, la MSO contrató a un médico con exención de buprenorfina durante aproximadamente ocho horas semanales, así como a un segundo médico de guardia. Para las personas que ingresan al MJHOC con una prescripción existente de metadona o que optan por comenzar el tratamiento con metadona antes de su liberación, la MSO organiza las dosis necesarias de un OTP cercano. Dos oficiales correccionales y un enfermero/a registrado/a recogen diariamente el medicamento, mientras que otro oficial correccional y enfermero/a registrado/a devuelven cada día los envases vacíos de metadona. Este sistema de entrega intensivo en términos de trabajo durará hasta que la cárcel complete la construcción de un dispensario de metadona en sus instalaciones.

Los alguaciles que participan en el piloto esperan que el apoyo de los pares luego de la liberación (cubierto por MassHealth, el programa de Medicaid de Massachusetts, a través de una exención de demostración de la Sección 1115) y la coordinación de la atención jugarán un papel importante en el piloto. De acuerdo con la MSO, los retos previstos por al menos algunas de las oficinas de los alguaciles incluyen diferencias significativas entre las propias cárceles, incluyendo entornos urbanos/suburbanos/rurales y diferentes niveles de experiencia con medicamentos para tratar el OUD hasta la fecha. Adicionalmente, los diferentes modelos de prestación de servicios de atención médica dentro de las cárceles (proveedores contratados en comparación con médicos empleados por los condados) y la escasez de personal sanitario en la comunidad afectarán la derivación de pacientes en algunos condados más que en otros.<sup>76</sup>

Para realizar una evaluación integral de la efectividad del piloto, el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas otorgó una subvención de 10 millones de dólares al Centro Médico Baystate y a la Universidad de Massachusetts en Amherst para explorar los hallazgos.

## Mejorar los servicios de reinserción para las personas con trastornos de salud conductual

En julio de 2019, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts anunció el lanzamiento de un nuevo programa de demostración por medio de MassHealth, que ofrece servicios de reinserción intensivos a algunas de las personas que son liberadas de las cárceles de los condados de Middlesex o Worcester, que salen de prisiones estatales hacia esos condados o que están en libertad condicional o en un período de prueba en esos dos condados.<sup>77</sup> Las personas que reúnen los requisitos para recibir servicios de reinserción intensivos tienen enfermedades mentales graves, un SUD o enfermedades coexistentes, por lo que es probable que algunos participantes también se incluyan en el programa MATADOR de la MSO. Las entidades de justicia que participan en el programa serán responsables de identificar y derivar a las personas a dos proveedores que prestan servicios de salud conductual sin fines de lucro, seleccionados mediante una solicitud de propuestas competitiva. El personal de estas organizaciones realizará visitas presenciales a los participantes en los establecimientos correccionales o se reunirá con ellos en las oficinas de libertad condicional y períodos de prueba. Estas organizaciones se encargan de

brindar apoyo intensivo a esta población con necesidades críticas, lo cual incluye ayudarlos a concertar consultas con proveedores de servicios médicos y de salud conductual, a acceder a servicios y beneficios sociales, y a obtener alojamiento estable tras la liberación. La inscripción en el programa, que actualmente está financiado solo con fondos de Medicaid del estado, comenzó en las dos cárceles en agosto de 2019 y tiene el objetivo de expandirse a todo el estado en 2021.

## Notas finales

- 1 G. D'Onofrio et al., "Emergency Department-Initiated Buprenorphine/Naloxone Treatment for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial" (Tratamiento para la dependencia a opioides con Buprenorfina/Naloxona iniciado por los servicios de urgencias: un ensayo clínico aleatorizado), *Journal of the American Medical Association* 313, n.º 16 (2015): 1636-44, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919527>.
- 2 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, "Is There a Difference Between Physical Dependence and Addiction?" (¿Hay diferencias entre la dependencia física y la adicción?), acceso el 23 de septiembre de 2019, <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/there-difference-between-physical-dependence>.
- 3 C.S. Krinsky et al., "Drugs, Detention, and Death: A Study of the Mortality of Recently Released Prisoners" (Drogas, detenciones y muerte: un estudio de la mortalidad de prisioneros que han sido liberados recientemente) *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 30, n.º 1 (2009): 6-9, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19237844>; E.L. Merrill et al., "Meta-Analysis of Drug-Related Deaths Soon after Release from Prison," (Metaanálisis de muertes relacionadas con drogas poco después de la liberación) *Addiction* 105, n.º 9 (2010): 1545-54, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579009>.
- 4 I.A. Binswanger et al., "Release From Prison—a High Risk of Death for Former Inmates," (Liberación de la prisión: alto riesgo de muerte para expresidarios) *New England Journal of Medicine* 356, n.º 2 (2007): 157-65, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17215533>.
- 5 T.C. Green et al., "Postincarceration Fatal Overdoses After Implementing Medications for Addiction Treatment in a Statewide Correctional System," (Sobredosis mortales tras la encarcelación luego de implementar medicamentos para el tratamiento de adicciones en un sistema correccional de alcance estatal) *JAMA Psychiatry* 75, n.º 4 (2018): 405-07, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29450443>.
- 6 L. Howard, coordinador de asuntos sobre trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, Departamento de Correccionales de Rhode Island, correo electrónico a Maria Schiff, The Pew Charitable Trusts, 21 de septiembre de 2018.
- 7 Green et al., "Postincarceration Fatal Overdoses" (Sobredosis mortales tras la encarcelación); M.R. Larochelle et al., "Medication for Opioid Use Disorder After Nonfatal Opioid Overdose and Association With Mortality: A Cohort Study" (Medicamento para tratar el trastorno por consumo de opioides luego de una sobredosis de opioides no mortal y su asociación a la mortalidad: un estudio de cohortes) *Archives of Internal Medicine* 169, n.º 3 (2018): 137-45, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29913516>; Academias de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, "Medications for Opioid Use Disorder Save Lives" (Los medicamentos para tratar el trastorno por consumo de opioides salvan vidas) (2019), <https://doi.org/10.17226/25310>.
- 8 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina del Cirujano General, "Facing Addiction in America: The Surgeon General's Spotlight on Opioids" (Enfrentar la adicción en los EE. UU.: el enfoque del Cirujano General sobre los opioides) (2016), [https://addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/OC\\_SpotlightOnOpioids.pdf](https://addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/OC_SpotlightOnOpioids.pdf); Academias de Ciencias de los EE. UU., "Medications for Opioid Use Disorder Save Lives" (Los medicamentos para tratar el consumo de opioides salvan vidas); Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, "What Is the Impact of Medication for Opioid Use Disorder Treatment on HIV and HCV Outcomes?" (¿Cuál es el impacto de los medicamentos para tratar el trastorno por consumo de opioides sobre los resultados del VIH y el VHC?), acceso el 19 de agosto de 2019, <https://www.drugabuse.gov/publications/medications-to-treat-opioid-addiction/what-impact-medication-opioid-use-disorder-treatment-hivhcv-outcomes>.
- 9 J.D. Rich et al., "Methadone Continuation Versus Forced Withdrawal on Incarceration in a Combined U.S. Prison and Jail: A Randomised, Open-Label Trial" (Continuación de metadona en comparación con abstinencia forzada durante la encarcelación en una prisión y cárcel combinada de los EE. UU.: un ensayo aleatorizado al descubierto) *Lancet* 386, n.º 9991 (2015): 350-9, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26028120>.
- 10 T.W. Kinlock et al., "A Randomized Clinical Trial of Methadone Maintenance for Prisoners: Results at 12 Months Postrelease" (Un ensayo clínico aleatorizado de mantenimiento con metadona para prisioneros: resultados a los 12 meses después de la liberación) *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, n.º 3 (2009): 277-85, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19339140>.
- 11 M.S. Gordon et al., "A Randomized Clinical Trial of Buprenorphine for Prisoners: Findings at 12-Months Post-Release" (Un ensayo clínico aleatorizado de buprenorfina para prisioneros: resultados a los 12 meses después de la liberación) *Drug and Alcohol Dependence* 172 (2017): 34-42, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28107680>; Kinlock et al., "A Randomized Clinical Trial of Methadone Maintenance" (Un ensayo clínico aleatorizado de mantenimiento con metadona); M. McKenzie et al., "A Randomized Trial of Methadone Initiation Prior to Release From Incarceration" (Un ensayo clínico aleatorizado de inicio con metadona antes de la liberación) *Substance Abuse* 33, n.º 1 (2012): 19-29, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22263710>.
- 12 K.E. Moore et al., "Effectiveness of Medication Assisted Treatment for Opioid Use in Prison and Jail Settings: A Meta-Analysis and Systematic Review" (Efectividad del tratamiento con fármacos para tratar el consumo de opioides en entornos de prisiones y cárceles: un metaanálisis y una revisión sistemática) *Journal of Substance Abuse Treatment* 99 (2019): 32-43, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30797392>.
- 13 M.S. Gordon et al., "Initiating Buprenorphine Treatment Prior to Versus After Release From Prison: Arrest Outcomes" (Inicio del tratamiento con buprenorfina antes de la liberación de prisión en comparación con después de esta: resultados en arrestos) *Drug and Alcohol Dependence* 188 (2018): 232-38, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29783095>; Kinlock et al., "A Randomized Clinical Trial of Methadone Maintenance" (Un ensayo clínico aleatorizado de mantenimiento con metadona); A.E. Perry et al., "Pharmacological Interventions for Drug-Using Offenders" (Intervenciones farmacológicas para infractores que consumen drogas), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 6 (2015): CD010862, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26035084>; V.S. Westerberg et al., "Community-Based Methadone Maintenance in a Large Detention Center Is Associated With Decreases in Inmate Recidivism" (El mantenimiento comunitario con metadona en un centro de detención de gran tamaño se asocia a disminuciones en la reincidencia de los presos) *Journal of Substance Abuse Treatment* 70 (2016): 1-6, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27692182>; M.S. Gordon et al., "A Randomized Clinical Trial of Methadone Maintenance for Prisoners: Findings at 6 Months Post-Release" (Un ensayo clínico aleatorizado de mantenimiento con metadona para los prisioneros: hallazgos a los 6 meses después de la liberación) *Addiction* 103, n.º 8 (2008): 1333-42, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18855822>; T.W. Kinlock et al., "A Study of Methadone Maintenance for Male Prisoners: 3-Month Postrelease Outcomes," (Un estudio de mantenimiento con metadona para prisioneros de sexo masculino: resultados a los 3 meses después de la liberación) *Criminal Justice and Behavior* 35, n.º 1 (2008): 34-47, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18612373>.
- 14 Westerberg et al., "Community-Based Methadone Maintenance" (Mantenimiento comunitario con metadona).
- 15 Gordon et al., "Initiating Buprenorphine Treatment" (Inicio del tratamiento con buprenorfina).
- 16 Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción, "The ASAM National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use" (Pautas sobre la práctica nacional de la ASAM para el uso de medicamentos en el tratamiento de adicción que involucra el consumo de opioides) (2015), <http://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf?sfvrsn=24>.
- 17 División de Población de la Oficina del Censo de los EE. UU., "Annual Estimates of the Resident Population for Selected Age Groups by Sex for the United States, States, Counties, and Puerto Rico Commonwealth and Municipios: April 1, 2010 to July 1, 2013" (Estimados anuales de la población residente para determinados grupos etarios por género para Estados Unidos, los estados y condados, y la Mancomunidad y los municipios de Puerto Rico: 1 de abril de 2010 a 1 de julio de 2013) acceso el 15 de septiembre de 2019, <https://factfinder.census.gov/bkmk/table/1.0/en/PEP/2013/PEPAGESEX>.
- 18 L. Scholl et al., "Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths—United States, 2013-2017" (Muertes por sobredosis que involucran drogas y opioides, Estados Unidos, 2013-2017), *Morbidity and Mortality Weekly Report* 67, n.º 5152 (2019): 1419-27, [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm675152e1.htm?s\\_cid=mm675152e1\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm675152e1.htm?s_cid=mm675152e1_w); M. Kariisa et al., "Drug Overdose Deaths Involving Cocaine and Psychostimulants With Abuse Potential—United States, 2003-2017" (Muertes por sobredosis de drogas que involucran cocaína y psicoestimulantes con potencial de abuso, Estados Unidos, 2003-2017), *Morbidity and Mortality Weekly Report* 68, n.º 17 (2019): 388-95, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6817a3>; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, "2017 Drug Overdose Death Rates" (Tasas de muertes por sobredosis de drogas en 2017), acceso el 19 de julio de 2019, <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths/drug-overdose-death-2017.html>.
- 19 Departamento de Correccionales de Pensilvania, "Monthly Population Report as of June 30, 2019" (Informe mensual de la población al 30 de junio de 2019) (2019), <https://www.cor.pa.gov/About%20Us/Statistics/Documents/Monthly%20Population%20Reports/Mtop1906.pdf>; S. Seitchik, coordinador estatal de tratamiento farmacológico del Departamento de Correccionales de Pensilvania, correo electrónico a Maria Schiff, The Pew Charitable Trusts, 22 de mayo de 2019.
- 20 The Pew Charitable Trusts, "Prison Health Care: Costs and Quality" (Atención de salud en la prisión: costos y calidad) (2017), <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/reports/2017/10/prison-health-care-costs-and-quality>.
- 21 Binswanger et al., "Release From Prison" (Liberación de la prisión).
- 22 Seitchik, correo electrónico.
- 23 S.C. Sigmon et al., "Opioid Detoxification and Naltrexone Induction Strategies: Recommendations for Clinical Practice," (Estrategias de desintoxicación de opioides e inducción con naltrexona: recomendaciones para la práctica clínica), *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 38, n.º 3 (2012): 187-99, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22404717>.
- 24 Positive Recovery Solutions, "Services of Positive Recovery Solutions" (Servicios de Positiive Recovery Solutions), acceso el 15 de agosto de 2019, <https://posrecoveryolutions.com/>.
- 25 J.E. Wetzel, Secretario de Correccionales, carta a la Administración del Departamento de Correccionales de Pensilvania, "Medication Assisted Treatment" (Tratamiento farmacológico), 19 de abril de 2019.
- 26 The Pew Charitable Trusts, "Medication-Assisted Treatment Improves Outcomes for Patients With Opioid Use Disorder" (El tratamiento farmacológico mejora los resultados para pacientes con trastorno por consumo de opioides), (2016), [https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2016/11/medicationassistedtreatment\\_v3.pdf](https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2016/11/medicationassistedtreatment_v3.pdf); Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., "Information About Medication-Assisted Treatment (MAT)" (Información sobre el tratamiento farmacológico - MAT)" acceso el 15 de agosto de 2019, <https://www.fda.gov/drugs/information-drug-class/information-about-medication-assisted-treatment-mat>.
- 27 Wetzel, carta.
- 28 Comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, "Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy" (Consumo de opioides y trastorno por consumo de opioides en el embarazo) (2017), <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/opioid-use-and-opioid-use-disorder-in-pregnancy>.

- 29 Oficina del Censo de los EE. UU., "Annual Estimates of the Resident Population for the United States, Regions, States, and Puerto Rico: April 1, 2010 to July 1, 2019 (Nst-Est2019-01)" (Estimados anuales de la población residente para Estados Unidos, regiones, estados y Puerto Rico: 1 de abril de 2010 a 1 de julio de 2019 (Nst-Est2019-01)), acceso el 11 de febrero de 2019, <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/popest/2010s-state-total.html>.
- 30 Departamento de Correccionales de Vermont, "FY 2019 Budget Presentation" (Presentación del presupuesto del año fiscal 2019), (presentación, Presentación del presupuesto del gobernador para el año fiscal 2019, 14 de febrero de 2019), <https://doc.vermont.gov/about/reports/department-of-corrections-budget-documents/doc-fy19-budget-presentation>.
- 31 Ibid.
- 32 K.L. Casper, B. Cimaglio y C. Elovirta, "Medication-Assisted Treatment for Inmates: Work Group Evaluation Report and Recommendations" (Tratamiento farmacológico para reclusos: Informe de evaluación y recomendaciones del grupo de trabajo) (2016), <https://legislature.vermont.gov/assets/Legislative-Reports/DOC-MAT-Eval-report-final.pdf>. El límite de tiempo de 90 días se basó en estadísticas del Departamento de Correccionales de Vermont del 2012, que indicaron que el 55 % de la población de reclusos llega y se va en menos de un año y el 33 % llega y se va en menos de un mes.
- 33 Ibid.
- 34 Ibid.
- 35 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs" (Pautas federales para los programas de tratamiento de opioides) (2015), <https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP>.
- 36 T. Ettlinger y B. Watts, "Vermont Department of Corrections MAT Pilot Project Summary Report" (Informe resumen del proyecto piloto de tratamiento farmacológico del Departamento de Correccionales de Vermont) (2015).
- 37 An Act Relating to the Provision of Medication-Assisted Treatment for Inmates, Act 176 (Ley para la provisión de tratamiento farmacológico para reclusos, Ley 176), Asamblea General de Vermont (2018), <https://legislature.vermont.gov/bill/status/2018/S.166>.
- 38 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)," (Detección, intervención rápida y derivación al tratamiento (SBIRT)), modificado por última vez el 15 de septiembre de 2017, <https://www.samhsa.gov/sbirt>; D.R. Wesson y W. Ling, "Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)," (Escala clínica de abstinencia de opioides) *Journal of Psychoactive Drugs* 35, n.º 2 (2003): 253-9, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12924748>.
- 39 Asociación Nacional de Alguaciles, "Jail-Based Medication-Assisted Treatment: Promising Practices, Guidelines, and Resources for the Field" (Tratamiento asistido por medicamentos realizado en la cárcel: prácticas prometedoras, pautas y recursos para trabajar en terreno) (2018), <https://www.sheriffs.org/publications/Jail-Based-MAT-PPG.pdf>.
- 40 B. Watts, director de servicios de salud, Departamento de Correccionales de Vermont, llamada telefónica a A. Ramniceanu, director de sistemas de salud mental y adicciones, Departamento de Correccionales de Vermont, 20 de diciembre de 2018.
- 41 A. Ramniceanu, director de sistemas de salud mental y adicciones, Departamento de Correccionales de Vermont, correo electrónico a Maria Schiff, The Pew Charitable Trusts, 21 de mayo de 2019.
- 42 B. Watts, director de servicios de salud, Departamento de Correccionales de Vermont, llamada telefónica a A. Ramniceanu, director de sistemas de salud mental y adicciones, Departamento de Correccionales de Vermont, 24 de mayo de 2019. La diferencia anualizada se calcularía de la siguiente forma:  $(\$1.248,86 - \$1.181,02) * 1.450 \text{ personas encarceladas} * 12 \text{ meses} = \$1.180.416$ .
- 43 B. Watts, llamada telefónica, 24 de mayo de 2019.
- 44 Oficina del Censo de los EE. UU., "Denver County 2017 Population," (Población del condado de Denver en 2017), acceso el 28 de octubre de 2019.
- 45 Instituto de Salud de Colorado, "Colorado County Drug Overdose Death Rate," (Tasa de mortalidad de sobredosis de drogas en el condado de Colorado), acceso el 15 de agosto de 2019, <https://www.coloradohealthinstitute.org/research/colorado-county-drug-overdose-death-rate>.
- 46 Departamento del Alguacil de Denver, "Jail Population Data," (Datos sobre la población en cárceles), acceso el 15 de agosto de 2019, <https://www.denvergov.org/content/denvergov/en/sheriff/research-policy.html>.
- 47 Denver Health, "About Denver Health," (Sobre la Salud en Denver), acceso el 23 de enero de 2019, <https://www.denverhealth.org/about-denver-health>.
- 48 C. Finnegan, trabajador de caso terapéutico, Servicios de Salud Conductual Ambulatorios, Denver Health/Departamento del Alguacil de Denver, "Jail to Community MAT Pilot Program" (Programa piloto de tratamiento farmacológico, de la cárcel a la comunidad) (presentación, Comisión Nacional sobre Atención a la Salud en Correccionales, Las Vegas, 24 de octubre de 2018).
- 49 A. Vincent, director administrativo, Servicios de Salud Conductual, Correccionales, Denver Health/Departamento del Alguacil de Denver, "Jail to Community MAT Pilot Program" (Programa piloto de tratamiento farmacológico, de la cárcel a la comunidad) (presentación, Comisión Nacional sobre Atención a la Salud en Correccionales, Las Vegas, 24 de octubre de 2018).
- 50 S. Rai, director, Salud Conductual en Correccionales, Denver Health/Departamento del Alguacil de Denver, "Jail to Community MAT—What No One Tells You" (Tratamiento farmacológico de la cárcel a la comunidad: lo que nadie te cuenta) (presentación, Comisión Nacional sobre Atención a la Salud en Correccionales, Las Vegas, 24 de octubre de 2018).
- 51 Vincent, "Jail to Community MAT Pilot Program." (Programa piloto de tratamiento farmacológico, de la cárcel a la comunidad)
- 52 S. Rai, director, Salud Conductual Correccional, Denver Health/Departamento del Alguacil de Denver, correo electrónico a Maria Schiff, The Pew Charitable Trusts, 5 de noviembre de 2018.
- 53 S. Rai, director, Salud Conductual Correccional, Denver Health/Departamento del Alguacil de Denver, correo electrónico a Maria Schiff, The Pew Charitable Trusts, 4 de junio de 2019.
- 54 A. Vincent, director administrativo, Servicios de Salud Conductual, Correccionales, Denver Health/Departamento del Alguacil de Denver, "The Opioid Crisis: How States Have Financed Treatment" (La crisis de los opioides: cómo los estados han financiado el tratamiento) (presentación, Consejo de Gobernadores del Estado, Covington, Kentucky, 7 de diciembre de 2018).
- 55 Salud Pública y Medioambiente de Denver, "Opioid Response Strategic Plan 2018-2023" (Plan estratégico de respuesta para los opioides 2018-2023) (2018), [https://www.denvergov.org/content/dam/denvergov/Portals/771/documents/CH/Substance%20Misuse/DDPHE\\_OpioidResponseStrategicPlan.pdf](https://www.denvergov.org/content/dam/denvergov/Portals/771/documents/CH/Substance%20Misuse/DDPHE_OpioidResponseStrategicPlan.pdf).
- 56 Asociación Médica Estadounidense, "Spotlight on Colorado Best Practices and Next Steps in the Opioid Epidemic" (Enfoque en las prácticas recomendadas de Colorado y los siguientes pasos en la epidemia de los opioides), (2019) <https://www.manatt.com/getattachment/69aeb8bb-1c38-41ac-ba45-f64774783d3b/attachment.aspx>.
- 57 Finnegan, "Jail to Community MAT Pilot Program." (Programa piloto de tratamiento farmacológico, de la cárcel a la comunidad)
- 58 amfAR, "Facilities Providing All Medication Assisted Treatments," (Instalaciones que proporcionan tratamiento farmacológico), acceso el 15 de agosto de 2019, [https://opioid.amfar.org/indicator/AMAT\\_fac](https://opioid.amfar.org/indicator/AMAT_fac); Asociación Médica Estadounidense, "Spotlight on Colorado Best Practices." (Enfoque en las prácticas recomendadas de Colorado).
- 59 Asociación Médica Estadounidense, "Spotlight on Colorado Best Practices" (Enfoque en las prácticas recomendadas de Colorado).
- 60 Análisis internos de Pew basados en médicos con licencia X de la DEA y permiso para buprenorfina, y la Oficina del Censo de los EE. UU., PEPANNRES, Estimados anuales de la población residente: 1 de abril de 2010 a 1 de julio de 2017.
- 61 Instituto de Salud de Colorado, "Miles Away From Help" (A millas de distancia de la ayuda), acceso el 15 de agosto de 2019, <https://www.coloradohealthinstitute.org/research/miles-away-help>.
- 62 Ibid.
- 63 Oficina del Censo de los EE. UU., "American Fact Finder" (Descubridor de datos de los estadounidenses), acceso el 31 de enero de 2019.
- 64 Departamento de Salud Pública de Massachusetts, Number of Opioid-Related Overdose Deaths, All Intents by County, MA Residents, 2000-16 (Número de muertes por sobredosis relacionadas con opioides, todos los propósitos por condado, residentes de MA, 2000-16), acceso el 15 de agosto de 2019, [https://www.mass.gov/files/documents/2018/08/24/Opioid-related%20Overdose%20Deaths%20by%20County%20-%20August%202018\\_0.pdf](https://www.mass.gov/files/documents/2018/08/24/Opioid-related%20Overdose%20Deaths%20by%20County%20-%20August%202018_0.pdf).
- 65 Oficina del Alguacil de Middlesex, "Middlesex Jail and House of Correction" (Cárcel y Hogar Correccional de Middlesex), acceso el 15 de agosto de 2019, <https://www.middlesexsheriff.org/middlesex-jail-house-correction>.
- 66 Oficina del Alguacil de Middlesex, "Middlesex Sheriff's Office Health Services Unit" (Unidad de Servicios Sanitarios de la Oficina del Alguacil de Middlesex), acceso el 31 de enero de 2019, <https://www.middlesexsheriff.org/middlesex-jail-house-correction/pages/health-services-unit>; Oficina del Alguacil del Condado de Middlesex, "The MATADOR Program: Utilizing Incarceration to Tackle Addiction and Save Lives: Implementing Medication Assisted Treatment Programs in Jails" (El programa MATADOR: uso del encarcelamiento para abordar la adicción y salvar vidas: implementación de programas de tratamiento farmacológico en cárceles) (2018), [https://www.sheriffs.org/sites/default/files/MATADOR%20White%20Paper\\_April2018.pdf](https://www.sheriffs.org/sites/default/files/MATADOR%20White%20Paper_April2018.pdf).
- 67 P.J. Koutoujian, alguacil, Condado de Middlesex, MA, "Tackling the High Cost of Prison Health Care" (Hacerse cargo del alto costo de la atención de salud en la cárcel), (presentación, Consejo Nacional de Miembros de las Legislaturas Estatales: Reunión de líderes fiscales de los estados atlánticos, Boston, 25 de febrero de 2017).
- 68 S. Schoenberg, "Massachusetts County Sheriffs See Major Funding Disparities, New Report Finds" (Alguacil de condado de Massachusetts observa grandes diferencias en financiamiento, según nuevo informe), MassLive, 6 de junio de 2016, actualizado el 7 de enero de 2019, [https://www.masslive.com/politics/2016/06/new\\_report\\_finds\\_major\\_funding.html](https://www.masslive.com/politics/2016/06/new_report_finds_major_funding.html).
- 69 Oficina del Alguacil del Condado de Middlesex, "The MATADOR Program: Utilizing Incarceration." (El programa MATADOR: uso del encarcelamiento)
- 70 Ibid.
- 71 Ibid.
- 72 Ibid.
- 73 Ibid.
- 74 Leyes generales de Massachusetts, Ley para la prevención y acceso a la atención y tratamiento adecuados de la adicción, Capítulo 208, Sección 98 (2018), <https://malegislature.gov/Laws/SessionLaws/Acts/2018/Chapter208>.
- 75 K. Siddiqi, director, Operaciones fiscales, Oficina del Alguacil del Condado de Middlesex, llamada telefónica a Maria Schiff, The Pew Charitable Trusts, 4 de octubre de 2018.
- 76 Ibid.
- 77 Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, "Behavioral Health Initiative Enhances Connection to Community-Based Supports for Individuals Involved With the Criminal Justice System," comunicado de prensa, 15 de julio de 2019, <https://www.mass.gov/news/behavioral-health-initiative-enhances-connection-to-community-based-supports-for-individuals>.

---

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