



Una enfermera registrada dispensa metadona a través de una ventanilla de entrega de medicamentos en una clínica de Maine. Jack Milton/Portland Press Herald via Getty Images

Programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides: un componente clave del sistema de tratamiento

Los cambios a las políticas estatales y federales redundarían en un mayor acceso a los medicamentos aprobados por la FDA y una mejor atención

Resumen

Los tratamientos más eficaces para el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) son los tres medicamentos de venta con receta aprobados por la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés): metadona, buprenorfina y naltrexona, los cuales demostraron que aumentan la permanencia en tratamiento de los pacientes y reducen el consumo ilegal y el riesgo de sobredosis.¹ Los únicos establecimientos autorizados legalmente para ofrecer los tres medicamentos son aquellos de los programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que constituyen un componente clave del sistema de tratamiento del consumo de sustancias en los Estados Unidos y están regulados por la Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) federal y la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción (SAMHSA, por sus siglas en inglés), así como otras agencias estatales. Dichos establecimientos también están certificados para administrar cualquier medicamento aprobado por la FDA para tratar el OUD.² Para marzo de 2021, había 1.816 OTP en los EE. UU. y para marzo de 2019, el último año sobre el cual se tienen datos, un número aproximado de 409.000 pacientes

estaba siendo tratado con metadona en los OTP (el único contexto de atención médica a través del cual se puede acceder a dicho medicamento en la actualidad).³

A pesar del rol clave que tienen los OTP y el gran número de personas que necesitan tratamiento, las jurisdicciones federales, estatales y locales restringen la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides (MOUD, por sus siglas en inglés) en los OTP. Los miembros de las legislaturas estatales y federales pueden tomar las medidas que se indican a continuación con el objetivo de garantizar que el tratamiento integral del OUD en los OTP llegue a las poblaciones que lo necesitan y sea integrado a los sistemas que prestan otros servicios de atención médica, como la atención primaria:

Eliminar las restricciones engorrosas en torno a la creación de nuevos OTP.

- Los responsables legislativos de cada estado pueden reducir las restricciones de zonificación y otras trabas legales que impiden la creación de nuevos OTP.

Mejorar la integración de los OTP a iniciativas más abarcadoras para reformar la prestación de servicios de atención médica.

- Las agencias estatales de salud conductual deben incorporar los OTP a las nuevas reformas del sistema de prestación de servicios sanitarios orientadas a atender a las personas inscritas en Medicaid que tienen necesidades complejas, entre ellas, el OUD.

Facilitar la adopción de nuevos modelos de OTP que acerquen los medicamentos a las poblaciones más marginadas y reduzcan las barreras para iniciar el tratamiento con metadona.

- Las agencias estatales de salud conductual deberían ayudar a crear unidades de entrega de medicamentos, es decir, establecimientos externos afiliados a un OTP que pueden dispensar medicamentos y extender los servicios de estos programas a refugios para personas sin hogar, prisiones, comunidades rurales y otros contextos más difíciles de alcanzar.
- Los miembros de las legislaturas estatales y federales deben permitir que los pacientes reciban los medicamentos mientras esperan para entrar al OTP.

Ampliar la dosificación y el tratamiento para administrarse en el hogar en entornos nuevos.

- Los miembros de las legislaturas estatales y federales deben dar mayor flexibilidad a los OTP para la dispensación doméstica de metadona (por ejemplo, distribuyendo cada vez una cantidad equivalente a la dosificación de un mes), de modo que los pacientes no deban regresar a la clínica todos los días a recibir su tratamiento.
- Los miembros de las legislaturas federales deben permitir la distribución de metadona en farmacias, consultorios de atención primaria y otros contextos de atención comunitaria.

Mejorar el acceso a los OTP para los pacientes con cobertura Medicaid o Medicare.

- Los miembros de las legislaturas estatales y el Congreso deberían garantizar que Medicaid cubra en forma permanente todos los medicamentos para tratar el OUD.
- El Congreso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y los miembros de las legislaturas estatales deben aumentar la cantidad de OTP que aceptan la cobertura de Medicare y Medicaid, incluso reformando las políticas de pago para incentivar la participación masiva en los programas.

Introducción

Para comprender la necesidad de confeccionar nuevas normas orientadas a expandir el acceso al tratamiento del OUD, es importante describir de qué manera las regulaciones federales existentes impiden la creación de nuevos OTP e inhiben el acceso a los MOUD en estos ámbitos.

La regulación de la metadona y los OTP

La metadona se aprobó por primera vez para el tratamiento del OUD en los años 70 y, durante décadas, fue el único medicamento aprobado por la FDA que estaba disponible para tratar esta enfermedad.⁴ La evidencia señala que la metadona reduce la cantidad de muertes por sobredosis, el consumo ilegal de opioides y la transmisión de enfermedades infecciosas, como la hepatitis C y el VIH; y su seguridad y eficacia quedaron demostradas a través de décadas de investigación.⁵ Sin embargo, en virtud de las regulaciones federales que rigen para el tratamiento del OUD, por lo general, solo es posible acceder a la metadona por medio de un OTP.⁶

Asimismo, el acceso a la metadona también está restringido por regulaciones estrictas respecto del lugar donde se puede administrar este medicamento. Normalmente, los pacientes deben viajar hasta el OTP para recibir el medicamento todos los días o casi todos los días, en especial, al principio del tratamiento.⁷ En determinadas circunstancias, las leyes y regulaciones permiten que los pacientes reciban dosis del medicamento para administrarse en el hogar.⁸

Las regulaciones federales también establecen la dosificación, incluso al inicio del tratamiento.⁹ Por ejemplo, el primer día de tratamiento la dosis inicial no puede superar los 30 mg, y esta cantidad no se puede aumentar a más de 40 mg en total; una vez que se estabilizó el paciente, las dosis diarias de mantenimiento típicas oscilan entre los 60 y 120 mg, lo cual suele generar una tolerancia suficiente para minimizar el efecto eufórico asociado con otros opioides que pueda estar consumiendo el paciente.¹⁰ A diferencia de las regulaciones estrictas que rigen para la administración de la metadona para tratar el OUD, no hay ninguna disposición regulatoria federal particularmente aplicable al consumo de la metadona para el tratamiento del dolor: cualquier profesional sanitario autorizado por la DEA para administrar sustancias controladas puede recetar este medicamento para tratar el dolor.

Las regulaciones federales requieren, además, que los OTP proporcionen apoyo psicológico y diversos servicios de evaluación y tratamiento.¹¹ En concreto, los OTP deben exigir que los pacientes se sometan a un examen médico completo dentro de los primeros 14 días de su admisión y participen en evaluaciones regulares. Cada paciente debe tener un plan de tratamiento, en el que se describan los requisitos de educación, rehabilitación vocacional, empleo y otros servicios de apoyo que sean necesarios. Muchos OTP ofrecen también otros servicios sanitarios y complementarios, como pruebas de detección y tratamiento de la infección por el VIH y la hepatitis viral; coordinación formal con proveedores de atención primaria para el tratamiento de otras afecciones físicas; planificación familiar; y asistencia para el transporte.¹²

Si bien los OTP son el único lugar en donde los pacientes pueden obtener metadona para el tratamiento de las adicciones, muchos de estos programas ofrecen también buprenorfina y naltrexona. De los aproximadamente 1.700 OTP que respondieron la Encuesta Nacional sobre los Servicios de Tratamiento de la Drogadicción de 2019, 536 ofrecieron los tres medicamentos para tratar el OUD.¹³ Si bien la naltrexona y la buprenorfina pueden recetarse en consultorios que no formen parte de los OTP, como las clínicas y los hospitales de atención primaria, la buprenorfina está sujeta a requisitos regulatorios especiales.¹⁴ La ley federal establece que los profesionales clínicos que atienden fuera del marco de los OTP pueden recetar buprenorfina para tratar el OUD solo si solicitan una exención a la SAMHSA, lo que impide el acceso a este medicamento.¹⁵

Integración y accesibilidad de los OTP

Aunque los MOUD deberían ser accesibles en todas sus formas a fin de satisfacer las necesidades terapéuticas de cada paciente, la ubicación de los OTP y el acceso a estos medicamentos varían, con una correlación significativa respecto de la composición racial o étnica de la comunidad.¹⁶ En 2016, un estudio reveló que los condados con comunidades altamente marginadas de afroamericanos, latinos e hispanos contaban con más centros terapéuticos que entregaban metadona per cápita, mientras que los condados con comunidades blancas altamente marginadas contaban con más centros que ofrecían buprenorfina per cápita.¹⁷ La misma investigación planteó la causa de esta diferencia: “A comienzos de la década de 1970, cuando comenzó a crecer la diferenciación del consumo de heroína y el crimen en términos raciales en los medios y en el discurso político al inicio de la Guerra contra las Drogas, los OTP estaban dirigidos, principalmente, a comunidades urbanas de afroamericanos con la intención de disminuir el crimen”.¹⁸

En la actualidad, el acceso a la metadona sigue estando restringido tanto a nivel geográfico como dentro del sistema sanitario. Los OTP tienden a estar concentrados en las áreas urbanas: se calcula que el tiempo de viaje promedio que necesita una persona desde un área rural para llegar a un OTP es seis veces mayor que el requerido por las personas que viven en áreas urbanas.¹⁹ Además, solo el 9 % de los OTP se encuentran en centros que brindan tratamiento residencial, un contexto en el que más de 80.000 pacientes fueron tratados por trastorno por consumo de sustancias en 2019,²⁰ y el 9 % se encuentran en centros que ofrecen tratamiento con hospitalización.²¹ Si bien no hay regulaciones federales que impidan que los OTP operen en otros contextos donde muchas personas pueden recibir tratamiento sanitario, como los centros médicos comunitarios y de atención primaria, los establecimientos penitenciarios y los hospitales, los OTP pocas veces se integran físicamente a estos lugares o sus cercanías. Por ejemplo, en la actualidad, casi 2 de cada 3 centros médicos comunitarios brindan medicamentos para tratar el OUD, en parte, gracias a la subvención federal otorgada en los últimos años, pero solo el 7 % de estos centros están certificados como OTP para entregar metadona.²²

La falta de integración de los OTP a la atención primaria presenta un desafío especialmente arduo en las zonas rurales del país, donde existe un acceso limitado a proveedores autónomos de tratamiento del OUD. Los centros de salud federalmente calificados de cada estado (FQHC, por sus siglas en inglés) cumplen un rol fundamental en la prestación de servicios de atención primaria en las zonas rurales, brindando asistencia a aproximadamente 1 de cada 5 residentes rurales de los EE. UU., más allá de su capacidad de pago.²³ Sin embargo, según una encuesta realizada en 2018 por George Washington University y Kaiser Family Foundation, en todo el país, casi la mitad de los centros médicos comunitarios ofrecen tratamientos farmacológicos del OUD, pero solo el 16 % proporcionan tratamiento con metadona.²⁴ La falta de OTP en muchas zonas del país, sumada a la poca integración de los OTP en otros contextos sanitarios, tiene como resultado que muchos pacientes no pueden acceder a todos los medicamentos para tratar el OUD. La falta de integración también genera barreras para coordinar la atención del paciente.

La flexibilidad regulatoria federal admitida durante la pandemia del COVID-19 crea oportunidades de mejora a largo plazo

En virtud de la emergencia de salud pública por COVID-19, declarada en enero de 2020 por el ex secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Alex Azar, las agencias federales implementaron flexibilidades regulatorias enfocadas en reducir el contacto innecesario entre personas.²⁵ Esto cambió, básicamente, la manera en que los OTP pueden prestar servicios de atención, tal como se indica abajo:

- Se permitió a los estados solicitar excepciones generales a fin de que los OTP tuvieran la opción de ofrecer metadona a los pacientes estables para tratarse en su casa durante 28 días, y para que los pacientes menos estables (pero capaces de manejar el medicamento de forma segura, a criterio del OTP) pudieran tratarse de igual modo hasta durante 14 días.²⁶
- Se suspendieron las consultas presenciales obligatorias para iniciar el tratamiento con buprenorfina y se permitió a los proveedores de los OTP reunirse con los pacientes por videoconferencia o por teléfono.²⁷

Los cambios a las políticas estatales y federales pueden ampliar el acceso a los OTP y mejorar la atención

Las siguientes diez recomendaciones facilitarían la apertura de nuevos OTP, mejorarían la atención que proporcionan estos programas y ampliarían el acceso a un tratamiento de alta calidad para el OUD.

Eliminar las restricciones estatales engorrosas en torno a la creación de nuevos OTP.

Recomendación 1: Los responsables legislativos de cada estado deben eliminar las moratorias y otras barreras legales que impiden la apertura de OTP.

En algunos estados, las leyes o regulaciones intrincadas impiden la creación de nuevos OTP, lo que retrasa la implementación de nuevos programas de este tipo en el país. Las barreras regulatorias son de distinta índole, tales como las restricciones de zonificación implementadas en 22 estados, que prohíben la instalación de centros en determinados lugares y, en consecuencia, complican el acceso a la atención.²⁸ Una revisión de las regulaciones estatales hasta 2017 identificó diez estados que requieren un certificado de necesidad, es decir, un documento jurídico que acredita la necesidad pública de nuevos centros de servicios y que debe estar aprobado por la autoridad local vigente.²⁹ Este tipo de restricción es exclusiva de los OTP y difiere de los procesos aplicables para otros tipos de centros médicos.

Desde la revisión de 2017, algunos de esos estados tomaron medidas legislativas tendientes a reducir las barreras existentes para la creación de OTP. Por ejemplo, en 2019, Luisiana aprobó una normativa que insta al Departamento de Salud a establecer regulaciones para permitir la creación de nuevos OTP.³⁰ Además, la legislatura solicitó que las regulaciones se centraran en la creación de nuevos OTP que ofrecieran los tres MOUD, brindaran servicios a pacientes inscritos en Medicaid, se encontraran en zonas rurales con índices altos de muertes por sobredosis o estuvieran integrados en contextos de atención médica comunitaria.³¹ En 2018, Indiana permitió la creación de nueve OTP adicionales, dando prioridad a aquellos que estuvieran integrados en otros ámbitos de atención médica, como los hospitales.³²

Otras barreras para la creación de OTP pueden incluir las regulaciones estatales y las de los consejos de farmacéuticos, que son más restrictivas que la legislación federal y exigen, por ejemplo, que los nuevos centros obtengan autorización del Consejo de Farmacéuticos o cuenten con un farmacéutico en el equipo.³³ Por ejemplo, el código administrativo de Nuevo México exige que los OTP primero estén autorizados por el Consejo de Farmacéuticos para poder recibir la aprobación del Departamento de Salud y así poder operar.³⁴ Y hasta 2017, nueve estados exigían que los OTP empleen a un farmacéutico.³⁵ Estos requisitos exceden las regulaciones federales, que no exigen la autorización de un consejo de farmacéuticos ni la presencia de un farmacéutico en el equipo, y permiten la administración de metadona a personal de farmacia debidamente autorizado, personal de enfermería registrado, auxiliares de enfermería o cualquier otro tipo de profesional sanitario autorizado por la regulación federal y estatal para administrar o dispensar medicamentos opioides.³⁶

Mejorar la integración de los OTP a marcos de coordinación de la atención médica.

Recomendación 2: Las agencias estatales de salud conductual y los programas de Medicaid deberían integrar los OTP a reformas más abarcadoras del sistema de prestación de servicios.

En 2010, la Ley de Atención Accesible estableció un nuevo modelo de Medicaid que permite a los estados reembolsarles a los proveedores la coordinación asistencial y los servicios de promoción sanitaria brindados a los inscritos en Medicaid con necesidades sanitarias complejas, entre ellas, el OUD.³⁷ Por iniciativa de los CMS, esto permitió que los estados reembolsaran los gastos de los OTP que funcionan como “hogares de salud” y abordan problemas conductuales y otras necesidades sanitarias de los pacientes.³⁸ Varios estados, como Maryland, Michigan, Rhode Island y Vermont, implementaron un modelo de hogar de salud que incorpora a los OTP.³⁹ La implementación varía en cada estado, pero un enfoque eficaz es el uso de un sistema de “centros principales y secundarios”.

El sistema de centros principales y secundarios maximiza el uso adecuado de los entornos asistenciales. Implica tratar a las personas con necesidades urgentes en entornos especializados, conocidos como centros principales, y luego derivarlas a entornos comunitarios, conocidos como centros secundarios, una vez que están estables. Las ventajas de este enfoque radican en que los centros principales están reservados para pacientes con necesidades más complejas y, así, se reducen las listas de espera.⁴⁰ Un componente clave del sistema de centros principales y secundarios son los equipos asistenciales, que pueden contar con personal de enfermería y asesores que ayudan a coordinar la atención.⁴¹ En Vermont, el primer estado en adoptar este tipo de sistema de prestación de servicios, los OTP funcionan como centros principales.⁴² En este sistema, los centros principales cuentan con especialistas certificados en adicciones, y los proveedores de los centros secundarios pueden consultarlos y derivar a los pacientes de nuevo a su centro si se vuelven más inestables.⁴³ Además, la importancia de incorporar los OTP al sistema de centros principales y secundarios se ve resaltada por la capacidad de los programas de ofrecer los tres MOUD. En 2016, la red de tratamiento de Vermont contribuyó a que el estado lograra la mayor capacidad terapéutica per cápita del país para los pacientes con OUD: 10,56 personas en tratamiento por cada 1.000 residentes.⁴⁴ El estado también presentó un aumento del 64 % de médicos con exención para recetar buprenorfina entre 2012 y 2016.⁴⁵

Con la ayuda de los fondos federales de la Respuesta Estatal Enfocada a los Opioides, otros estados, como California y Washington, comenzaron a adoptar una versión del sistema de centros principales y secundarios. Durante los primeros 18 meses del programa, como resultado del modelo de Washington, casi 5.000 personas comenzaron un tratamiento con MOUD, y el 19 % de ellas recibieron metadona.⁴⁶ Con el modelo de California, 9.511 nuevos pacientes comenzaron un tratamiento con MOUD en los primeros 15 meses, y la mayoría de los pacientes de los centros principales (el 84,7 %, o 4.667 personas) recibieron metadona en los OTP.⁴⁷ Los resultados preliminares también indicaron que más centros secundarios comenzaron a ayudar a los pacientes

a iniciar el tratamiento con buprenorfina, lo que produjo un aumento del 94,7 % en la cantidad mensual promedio de pacientes tratados inicialmente con tal fármaco en estos centros entre agosto de 2017 y octubre de 2018.⁴⁸

Para integrar los sistemas de prestación de servicios que suelen funcionar de manera aislada, las agencias estatales de salud conductual y Medicaid deberían considerar los OTP como hogares de salud y adoptar una versión del modelo de centros principales y secundarios que se ajuste al sistema sanitario de cada estado. Al igual que California y Washington, los estados pueden intentar solicitar fondos federales para apoyar esta iniciativa.

Facilitar la creación de unidades para entrega de medicamentos y el acceso al tratamiento provisional con metadona a nivel estatal.

Recomendación 3: Las agencias estatales de salud conductual deberían ayudar a crear unidades para entrega de medicamentos, centros de dosificación fijos afiliados a los OTP.

Bajo la regulación federal, las unidades para entrega de medicamentos pueden ofrecer dosis de medicación y pruebas de orina, pero no apoyo psicológico.⁴⁹ Dado que muchas personas reciben dosis diarias, una unidad de entrega de medicamentos podría estar ubicada en un lugar más conveniente para los pacientes, como un centro médico comunitario o una farmacia. Las unidades de entrega de medicamentos aumentan la cantidad y tipos de proveedores que ofrecen MOUD, y permiten llegar a poblaciones con muchas necesidades, como las de las zonas rurales. Estas instalaciones ofrecen una manera de integrar la metadona a contextos comunitarios bajo las regulaciones federales vigentes.

Ohio creó con éxito unidades de entrega de medicamentos a través de un cambio de las normas administrativas. De manera expresa, el estado estableció que los OTP tienen la facultad de crear unidades para entrega de medicamentos de forma voluntaria y especificar las ubicaciones permitidas, entre ellas, refugios para personas sin hogar, cárceles, prisiones, consejos de salud pública, centros de salud federalmente calificados y condados de la región de los Apalaches (conforme lo definido por la Comisión Regional de los Apalaches).⁵⁰ Esto permitió al estado integrar las unidades de entrega de medicamentos a las zonas rurales del estado y a los contextos terapéuticos clave.

Recomendación 4: Los miembros de las legislaturas estatales deberían facilitar el acceso al tratamiento provisional con metadona mientras los pacientes esperan para inscribirse en otros servicios más completos.

El tratamiento provisional con metadona permite que un OTP entregue este medicamento a los pacientes durante un máximo de 120 días, mientras estos aguardan su ingreso a un programa de tratamiento con metadona.⁵¹ El apoyo psicológico y otros servicios que suelen ser obligatorios en los OTP no son exigidos mientras la persona se encuentra bajo tratamiento provisional con metadona. Las regulaciones federales permiten esta opción en centros administrados por el estado y sin fines de lucro. Para implementar este tipo de tratamiento, un programa debe recibir la aprobación de la SAMHSA y del funcionario principal de Salud Pública del estado, y los pacientes deben recibir servicios integrales dentro de los 120 días posteriores a solicitar el tratamiento.⁵² Las investigaciones sugieren que cuando el tratamiento estándar, que incluye apoyo psicológico, no está disponible, el tratamiento provisional con metadona debería estar ampliamente disponible.⁵³

En Vermont, una universidad recibió fondos federales para probar una intervención médica a distancia orientada a suministrar tratamiento farmacológico provisional a pacientes integrantes de la lista de espera de un OTP.⁵⁴ En el proyecto se usó un dispensador de comprimidos cerrado, portátil y automático para almacenar buprenorfina y permitir que los pacientes accedieran a las dosis durante un plazo predeterminado.⁵⁵ Un estudio piloto reveló que las personas de este grupo en tratamiento provisional mostraron una reducción significativa del consumo de opioides ilegales a las 12 semanas, en comparación con las personas que estaban en la lista de espera del OTP y no recibieron tratamiento alguno.⁵⁶

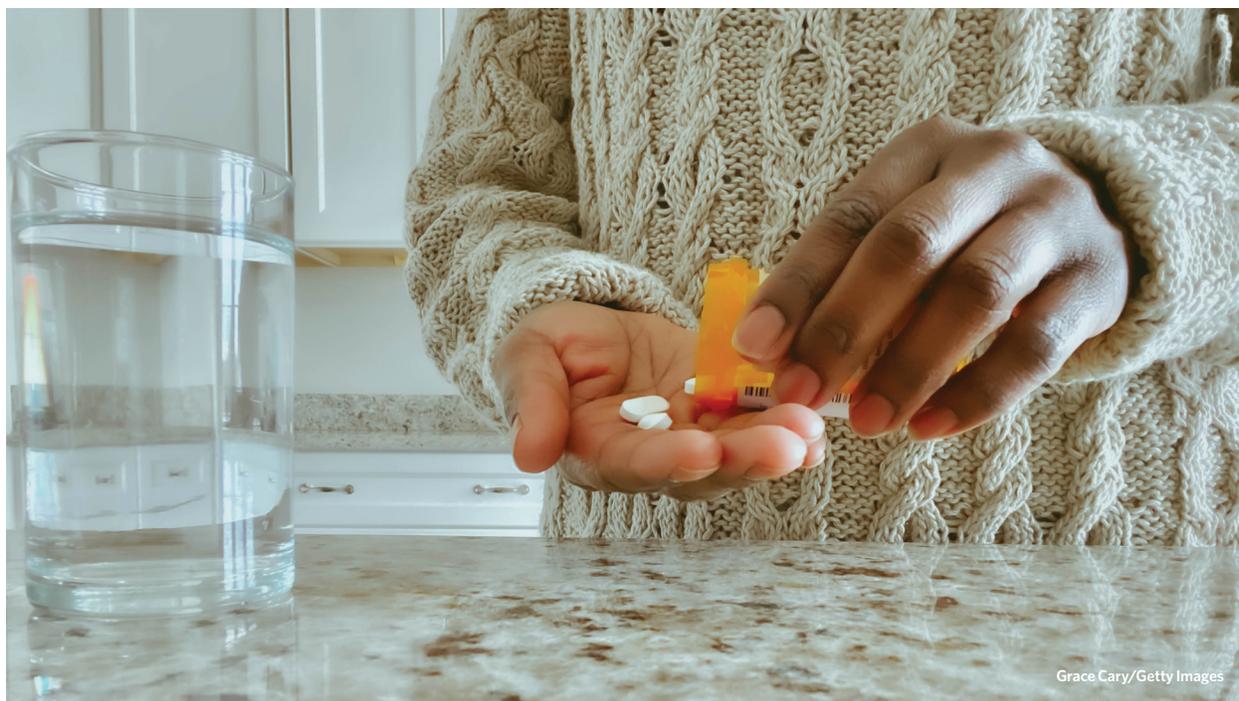
Con el fin de facilitar la adopción del tratamiento provisional con metadona, el Gobierno federal debe considerar actualizar las regulaciones para eliminar el requisito que exige que los OTP reciban autorización de la SAMHSA y del funcionario principal de Salud Pública del estado antes de ofrecer el tratamiento provisional.

Considerar la actualización de las regulaciones federales y estatales para ampliar la dosificación de la metadona de uso doméstico y facilitar el acceso al tratamiento en entornos nuevos.

Recomendación 5: Los miembros de las legislaturas federales deberían considerar opciones para aumentar el acceso a la metadona por medio de requisitos regulatorios más flexibles, como incrementar el acceso en los consultorios o ampliar la dosificación para administrar el fármaco en el hogar.

Recomendación 6: Los miembros de las legislaturas estatales deberían alinear las regulaciones de los OTP de cada estado en torno a la dosificación admitida para la administración doméstica con las regulaciones federales.

Las regulaciones federales limitan cuándo los pacientes pueden recibir dosis de metadona para administrarlas en su hogar sin supervisión, lo que se conoce como dosificación para administrarse en el hogar, o uso doméstico/hogareño.⁵⁷ Esto contribuye a crear barreras para acceder al medicamento. Para los pacientes que deben viajar grandes distancias para llegar a los OTP, el traslado diario puede ser engorroso, y los horarios de atención de las clínicas pueden interferir en sus cronogramas laborales y en las responsabilidades del cuidado de sus hijos.⁵⁸ Las normas federales relativas a la administración en el hogar incluyen límites a la cantidad de dosis domésticas que puede recibir cada paciente en función de la etapa de tratamiento en la que se encuentre, y solo se permite una sola dosis por semana durante los primeros 90 días de tratamiento.⁵⁹ La cantidad de dosis domésticas que un paciente puede recibir aumenta gradualmente en función de su etapa de tratamiento hasta completar los dos años. Si bien las regulaciones federales especifican la cantidad máxima de dosis domésticas que puede recibir un paciente, el director médico del OTP está obligado a aprobar el consumo hogareño del medicamento por parte de cada persona.⁶⁰ Los directores médicos deben considerar ocho criterios para determinar si se debe



Grace Cary/Getty Images

autorizar a un paciente para recibir dosis domésticas. Algunos de estos criterios, como la “estabilidad del entorno hogareño y de las relaciones sociales del paciente” son de naturaleza subjetiva, lo que puede introducir un sesgo en torno a quién recibe privilegios domésticos.

Durante la emergencia de salud pública del COVID-19, la SAMHSA y la DEA relajaron los requisitos federales relativos a la metadona a fin de flexibilizar la dosificación para administrarse en el hogar y limitar el contacto cara a cara en los centros de tratamiento.⁶¹ Muchos estados brindaron orientación respecto de la adopción de las nuevas flexibilidades federales.⁶² La orientación incluyó permitir la dosificación de administración doméstica para pacientes diagnosticados con COVID-19, para aquellos con mayor riesgo de morir si contraían COVID-19, y para los pacientes que estaban estables y en una etapa avanzada de su recuperación.

Si bien esta mayor flexibilidad siguió vigente hasta julio de 2021 y aún se estaba reuniendo la evidencia, no hubo informes de desviación significativa de medicamentos ni abuso específicamente asociados a las políticas más laxas en materia de dosis domésticas. Las evaluaciones cuantitativas y cualitativas del impacto de las flexibilidades regulatorias durante la pandemia podrían respaldar e influenciar cambios a las regulaciones federales a largo plazo, tales como aumentar el acceso a estos fármacos en los consultorios o flexibilizar más las dosis domésticas. Según un informe publicado por autores del Centro de Estudios Regulatorios de George Washington University, estas flexibilidades podrían tornarse permanentes a través de cambios regulatorios, sin necesidad de otras medidas legislativas adicionales por parte del Congreso.⁶³

Más allá de las flexibilidades temporarias admitidas en este sentido por los Gobiernos federales y estatales durante la pandemia, algunos estados ya tienen sus propias normas arraigadas sobre las dosis domésticas de metadona. Aunque no pueden imponer normas menos restrictivas en la materia en comparación con los requisitos federales, en algunos casos, los estados prevén políticas que son más restrictivas. Recientemente, una revisión regulatoria identificó 12 estados que prohíben las dosis domésticas durante los primeros 30 días de tratamiento, y siete estados que prohíben esta práctica durante los primeros 90 días.⁶⁴ Este enfoque contradice las mejores prácticas de los OTP y las recomendaciones de la SAMHSA que consideran a las dosis domésticas como un componente vital para mantener a los pacientes en tratamiento.⁶⁵

Los responsables legislativos y reguladores de cada estado no deberían confeccionar regulaciones sobre las dosis domésticas que sean más restrictivas que las regulaciones federales. Por ejemplo, las normas de Ohio sobre las dosis domésticas se alinean expresamente con las regulaciones federales que permiten la obtención de una dosis doméstica por semana durante los primeros 90 días de tratamiento.⁶⁶ Si se relajan las regulaciones federales sobre las dosis domésticas, los estados deberían actualizar sus normas en consecuencia.

Otra estrategia para aumentar el acceso a la metadona consiste en que el Gobierno federal permita su disponibilidad en otros contextos, como las farmacias y los consultorios de atención primaria.⁶⁷ Este enfoque estuvo vigente en otros países durante décadas, entre ellos, Canadá, Irlanda y Australia, y demostró que favorece la capacidad de tratamiento con metadona.⁶⁸ Por ejemplo, después de que los responsables legislativos de Australia aprobaron políticas menos restrictivas que permitieron a los médicos ofrecer metadona, la capacidad terapéutica del país creció de 2.000 proveedores a 15.000 entre los años 1985 y 1995.⁶⁹ Los miembros de las legislaturas federales de los EE. UU. deberían considerar adoptar un enfoque similar para ampliar el acceso al tratamiento con metadona más allá del contexto de los OTP, que está fuertemente regulado.

Aprovechar los fondos federales para mejorar el acceso a unidades móviles de entrega de metadona.

Recomendación 7: Las agencias estatales de salud conductual deberían solicitar fondos federales para pagar unidades móviles y ampliar la disponibilidad de metadona en contextos rurales y en el sistema de la justicia penal.

En junio de 2021, la DEA terminó de confeccionar regulaciones para autorizar a los OTP a operar unidades móviles.⁷⁰ Este cambio le sigue a una moratoria que dicha agencia aplicó sobre la autorización de las unidades móviles en 2007, lo que dio como resultado una disminución de la cantidad de estas unidades. A junio de 2021, solo ocho OTP operaban unidades móviles en todo el país.⁷¹

Las unidades móviles pueden ampliar mucho el acceso al tratamiento al ofrecer o continuar ofreciendo metadona a las personas en entornos correccionales, donde las poblaciones sufren altos índices de trastorno por consumo de sustancias, incluido el OUD.⁷² Por ejemplo, un OTP en el condado de Atlantic, Nueva Jersey, traslada su camioneta para entrega móvil de metadona a la cárcel local a fin de seguir tratando a las personas que estaban estables con metadona al ingresar al establecimiento, y de ofrecer este fármaco a otras personas privadas de su libertad y en busca de un nuevo tratamiento.⁷³ De hecho, el modelo móvil se adoptó como una manera eficaz de continuar el acceso a la atención del OUD, incluida la administración de buprenorfina a las personas que salen de la cárcel.⁷⁴ En Baltimore, una unidad móvil acerca el tratamiento con buprenorfina de manera directa hasta las puertas de salida de una cárcel local.⁷⁵ Permitir que los OTP cuenten con unidades móviles ampliaría el acceso de más pacientes a todos los medicamentos para tratar el OUD.

Las unidades móviles también pueden ayudar a cerrar la brecha del acceso al tratamiento en las zonas rurales, donde hay pocos OTP, muy alejados unos de otros, y el hecho de que los pacientes deban viajar largas distancias interfiere en su trabajo e impide que puedan permanecer en tratamiento.⁷⁶ Seis estados y Puerto Rico usaron unidades móviles, llamadas también “camionetas de metadona”, para llegar a los pacientes que no pueden viajar para recibir tratamiento.⁷⁷

Ahora que la DEA terminó de confeccionar las regulaciones, los estados deberían considerar solicitar distintas subvenciones federales para adquirir las camionetas y otros recursos necesarios para instalar unidades móviles. Enfocado en las comunidades rurales, el [sitio web del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos](#) ofrece una lista de oportunidades de subvenciones del Gobierno federal que los estados pueden usar para abordar la crisis de opioides.⁷⁸ Por ejemplo, Michigan utilizó la subvención de la Respuesta Estatal a los Opioides del Gobierno federal para financiar unidades móviles que recetan buprenorfina a las personas que viven en zonas rurales y a las que viven en zonas urbanas cuyas opciones de transporte son limitadas.⁷⁹ Además, los Gobiernos estatales y locales que recibieron fondos para abordar la crisis de los opioides y están interesados en adquirir unidades móviles pueden considerar destinar los ingresos para este fin.

Mejorar el acceso a los OTP para los pacientes de Medicaid.

Recomendación 8: El Congreso debería promover la sanción de leyes para que el requisito temporario en virtud del cual hoy los programas de Medicaid deben cubrir los tres MOUD sea permanente, y debería asegurarse de que todos los estados lo cumplan.

Recomendación 9: Los miembros de las legislaturas estatales deberían asegurarse de que los programas de Medicaid de cada estado cubran los MOUD y otros servicios de los OTP, y deberían enmendar las políticas de pago para incentivar la participación de los OTP en el programa si no aceptan actualmente la cobertura de Medicaid.

Las leyes federales exigen que los programas estatales de Medicaid cubran los tres MOUD aprobados por la FDA, incluida la metadona, desde octubre de 2020 hasta septiembre de 2025, a menos que el estado certifique

ante el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. que tal cobertura resulta inviable por escasez de proveedores o establecimientos.⁸⁰ Durante los últimos años, los programas estatales de Medicaid lograron avances en lo que respecta a la cobertura de la metadona. De los 51 programas en todos los 50 estados y el distrito de Columbia, solo 38 ofrecían metadona en 2018; al año siguiente, solo 6 programas no ofrecían el fármaco, pero planeaban hacerlo para cumplir con los requisitos federales en 2020.⁸¹ Si bien hubo avances, no se publicó ningún análisis que demuestre el cumplimiento de las leyes desde octubre de 2020 y, sin este mandato federal, no resulta claro si todos los estados seguirán cubriendo la metadona. El Congreso debe decretar la permanencia del requisito que exige que Medicaid cubra todos los MOUD, incluida la metadona, y ejercer su autoridad para controlar las prácticas en los estados y asegurar el cumplimiento de esta legislación. El Congreso puede garantizar que todas las excepciones al requisito que cuenten con la aprobación del secretario de Salud y Servicios Humanos estén sujetas a un plazo determinado y estén acompañadas por un plan de acción estatal para abordar la escasez de proveedores y establecimientos calificados. Esto puede incluir requerir que las agencias independientes del poder legislativo Comisión de Pago y Acceso de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños o la Oficina de Responsabilidad Gubernamental analicen las políticas estatales de cobertura de Medicaid; solicitar informes sobre la situación de cumplimiento de cada estado a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o realizar audiencias sobre el tema.

A pesar del progreso respecto de la cobertura de la metadona, no todos los OTP aceptan Medicaid como fuente de pago por los servicios terapéuticos; en 2019, casi 1 de cada 5 OTP entraron en esta categoría.⁸² Esto puede deberse a la falta de cobertura de Medicaid para los servicios de los OTP estatales o, en los estados donde Medicaid sí cubre los servicios de los OTP, puede responder a los desafíos que entraña el cumplimiento de los estándares de reembolso de Medicaid.⁸³ Sin embargo, un análisis de seis estados realizado en 2019 demostró que el índice de OUD entre los inscritos de Medicaid es más alto que el promedio nacional, y otro estudio informó que, en 2016, en todos los estados se registraron 58.745 inscritos de Medicaid de entre 18 y 64 años de edad con diagnóstico inicial de OUD.⁸⁴ Por lo tanto, los estados deben tomar medidas para asegurarse de que los OTP acepten el seguro de Medicaid y que estas políticas sobre cobertura se actualicen para contemplar los tres MOUD en los OTP. Si bien esta puede ser una tarea compleja, muchos estados ya comenzaron a tomar medidas en tal sentido. En 2019, la legislatura de Luisiana aprobó una resolución que insta al Departamento de Salud del estado a crear nuevas regulaciones que permitan la implementación de nuevos OTP y, en esta línea, le recomienda considerar la inclusión de nuevos OTP que presten servicios a pacientes con Medicaid.⁸⁵ Massachusetts exige que los centros de tratamiento con licencia para tratar el consumo de sustancias presten servicios a los residentes cubiertos por programas de seguro médico público, como Medicaid, de forma no discriminatoria, e informen los porcentajes de pacientes con seguro médico público y privado al Departamento de Salud Pública del estado.⁸⁶ Desde 2017, Virginia Occidental exige que los OTP le facturen a Medicaid y reciban un rechazo de una autorización previa o de un reclamo enviado, o una negación por escrito del programa de Medicaid del estado, antes de facturarle directamente a un paciente el costo del tratamiento por consumo de opioides.⁸⁷ Vermont, por último, aumentó el reembolso de Medicaid para los OTP en un 30 % y observó un incremento de la cantidad de pacientes que reciben metadona.⁸⁸

Mejorar el acceso a los OTP para los pacientes de Medicare.

Recomendación 10: El Congreso y los CMS deben asegurarse de que los OTP acepten a los pacientes de Medicare.

Se calcula que, para 2030, más de 1 de cada 5 estadounidenses reunirá los requisitos para recibir cobertura de Medicare.⁸⁹ En los últimos años, las personas a partir de los 65 años de edad experimentaron un gran aumento de la necesidad de recibir tratamiento para el OUD, y este grupo etario, que incluyó aproximadamente el 86 % de la población de Medicare en 2018, exhibió mayores incrementos de los índices de muerte por sobredosis de opioides que cualquier otro grupo etario en 2017 y en 2018.⁹⁰ Históricamente, Medicare no ofrece cobertura

de metadona para tratar el OUD; sin embargo, en enero de 2020, dicho seguro comenzó a cubrir el tratamiento en los OTP de conformidad con los cambios recientes a la legislación federal.⁹¹ Para que este beneficio mejore el acceso al tratamiento del OUD, los OTP deben aceptar el pago de Medicare.

Si bien no se han publicado investigaciones que evalúen la participación de los OTP en el programa de Medicare desde finales del año 2020, hay motivos para sospechar que los OTP, al igual que otros centros de tratamiento, tenderán a no aceptar pacientes de Medicare. A pesar de que Medicare cubre los tratamientos del trastorno por consumo de sustancias que se recetan fuera de los OTP, un estudio de alcance nacional puso de manifiesto que, en 2016, solo el 13,8 % de tales centros estadounidenses ajenos a los OTP ofrecieron al menos un MOUD y aceptaron pacientes de Medicare.⁹² El mismo estudio reveló que cerca del 40 % de los beneficiarios de Medicare residen fuera de los condados que cuentan con uno de estos centros, y que una cantidad mucho mayor de centros de tratamiento (28,6 %) aceptaron seguros privados y ofrecieron MOUD.

El Congreso y los CMS deben llevar un registro de la aceptación del pago de Medicare por parte de los OTP y tomar medidas para aumentar el grado de esta admisión si fuera necesario. Los CMS pueden evaluar las respuestas de la Encuesta Nacional sobre los Servicios de Tratamiento de la Drogadicción para determinar qué OTP informaron que aceptaron pagos de Medicare en 2020, además de controlar los reclamos relativos a los seguros de Medicare para identificar qué porcentaje de los OTP realmente tratan a los pacientes inscritos en esta cobertura.⁹³ El Congreso podría también instar a la Comisión Asesora de Pagos de Medicare o la Oficina de Responsabilidad Gubernamental a realizar encuestas y entrevistas a los OTP a fin de determinar qué barreras les impiden aceptar los pagos de Medicare por los servicios de tratamiento con metadona, y tomar las medidas necesarias para corregirlo. Algunas opciones podrían incluir enmendar las políticas de pago de Medicare para incentivar la aceptación por parte de los OTP o realizar más tareas de extensión comunitaria en los OTP para aumentar su concientización sobre la cobertura de Medicare.

Conclusión

Los OTP juegan un papel crucial en el tratamiento del OUD, en particular, por su capacidad de ofrecer los tres MOUD. Sin embargo, siguen existiendo barreras regulatorias para ampliar estos programas en todo el país. Dada la necesidad que existe de aumentar el acceso a los MOUD, los miembros de las legislaturas federales y estatales deben perseguir políticas que permitan la creación de nuevos OTP, posibiliten la implementación de nuevas unidades móviles, mejoren la atención que ofrecen estos programas e integren el tratamiento del OUD a la estructura más amplia del sistema de prestación de servicios médicos. Todas estas acciones conectarán a más personas con los tratamientos vitales del OUD y reducirán las brechas existentes en el acceso terapéutico.

Notas finales

- 1 Las Academias de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, "Medications for Opioid Use Disorder Save Lives" (2019), <https://doi.org/10.17226/25310>; R.P. Mattick et al., "Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD002209, n.º 3 (2009), <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002209.pub2/abstract>; S.D. Comer et al., "Injectable, Sustained-Release Naltrexone for the Treatment of Opioid Dependence: A Randomized, Placebo-Controlled Trial", *Archives of General Psychiatry* 63, n.º 2 (2006): 210-8, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16461865>; P.J. Fudala et al., "Office-Based Treatment of Opiate Addiction With a Sublingual-Tablet Formulation of Buprenorphine and Naloxone", *New England Journal of Medicine* 349, n.º 10 (2003): 949-58, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12954743>.
- 2 Servicio de Investigación del Congreso de los EE. UU., "Programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides and Related Federal Regulaciones" (2019), <https://fas.org/sgp/crs/misc/IF10219.pdf>.
- 3 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Opioid Treatment Program Directory", consultado en marzo de 2021, <https://dpt2.samhsa.gov/treatment/directory.aspx>; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019" (2020), https://www.dasis.samhsa.gov/dasis2/nssats/NSSATS_2019/2019-NSSATS-R.pdf.
- 4 Registro Federal: 37 Fed. Reg. 26701 (15 de diciembre de 1972). 37, <https://www.loc.gov/item/fr037242/>; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Advisory: An Introduction to Extended-Release Injectable Naltrexone for the Treatment of People With Opioid Dependence" (2012), <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma12-4682.pdf>; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Medications for Opioid Use Disorder: For Healthcare and Addiction Professionals, Policymakers, Patients, and Families" (2020), https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-006.pdf.
- 5 Mattick et al., "Methadone Maintenance Therapy"; R.P. Schwartz et al., "Opioid Agonist Treatments and Heroin Overdose Deaths in Baltimore, Maryland, 1995-2009", *American Journal of Public Health* 103, n.º 5 (2013): 917-22, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23488511>; J.I. Tsui et al., "Association of Opioid Agonist Therapy With Lower Incidence of Hepatitis C Virus Infection in Young Adult Injection Drug Users", *JAMA Internal Medicine* 174, n.º 12 (2014): 1974-81, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347412>; D.S. Metzger et al., "Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among Intravenous Drug Users in and out of Treatment: An 18-Month Prospective Follow-Up", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 6, n.º 9 (1993): 1049-56, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8340896/>.
- 6 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>.
- 7 K. Kampman y M. Jarvis, "American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use", *Journal of Addiction Medicine* 9, n.º 5 (2015): 358-67, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26406300/>.
- 8 Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12, <https://www.ecfr.gov/cgi-bin/retrieveECFR?gp=3&SID=7282616ac574225f795d5849935efc45&ty=HTML&h=L&n=pt42.1.8&r=PART>.
- 9 Kampman y Jarvis, "American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline".
- 10 Registro Federal: Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12; C. Cunningham et al., "The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update" (American Society of Addiction Medicine, 2020), https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/npg-jam-supplement.pdf?sfvrsn=a00a52c2_2.
- 11 Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12.
- 12 C.M. Jones et al., "Characteristics and Current Clinical Practices of Opioid Treatment Programs in the United States", *Drug and Alcohol Dependence* 205 (2019): 107616, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037687161930393X>.
- 13 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019".
- 14 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Become a Buprenorphine Waivered Practitioner", modificado por última vez el 1 de septiembre de 2020, <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/become-buprenorphine-waivered-practitioner>.
- 15 Ibid.
- 16 W.C. Goedel et al., "Association of Racial/Ethnic Segregation With Treatment Capacity for Opioid Use Disorder in Counties in the United States", *JAMA Network Open* 3, n.º 4 (2020): e203711-e11, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3711>.
- 17 Ibid.
- 18 Ibid.

- 19 P.J. Joudrey, E.J. Edelman y E.A. Wang, "Drive Times to Opioid Treatment Programs in Urban and Rural Counties in 5 U.S. States", *JAMA* 322, n.º 13 (2019): 1310-12, <https://doi.org/10.1001/jama.2019.12562>; J.D. Lenardson y J.A. Gale, "Distribution of Substance Abuse Treatment Facilities Across the Rural-Urban Continuum" (Institute for Health Policy, Muskie School of Public Service, Universidad del Sur de Maine, 2007), <http://muskie.usm.maine.edu/Publications/rural/wp35b.pdf>; A.W. Dick et al., "Growth in Buprenorphine Waivers for Physicians Increased Potential Access to Opioid Agonist Treatment, 2002-11", *Health Affairs* 34, n.º 6 (2015): 1028-34, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2014.1205>.
- 20 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019".
- 21 Ibid.
- 22 B. Corallo et al., "Community Health Centers and Medication-Assisted Treatment for Opioid Use Disorder" (Kaiser Family Foundation, 2020), <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/community-health-centers-and-medication-assisted-treatment-for-opioid-use-disorder/>.
- 23 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., "HRSA Health Center Program" (2020), <https://bphc.hrsa.gov/sites/default/files/bphc/about/healthcenterfactsheet.pdf>.
- 24 J. Zur et al., "The Role of Community Health Centers in Addressing the Opioid Epidemic" (Kaiser Family Foundation, 2018), <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/the-role-of-community-health-centers-in-addressing-the-opioid-epidemic/#>
- 25 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., "COVID-19 Public Health and Medical Emergency Declarations and Waivers", acceso el 8 de diciembre de 2020, <https://www.phe.gov/emergency/events/COVID19/Pages/2019-Public-Health-and-Medical-Emergency-Declarations-and-Waivers.aspx>.
- 26 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Opioid Treatment Program (OTP) Guidance" (2020), <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/otp-guidance-20200316.pdf>; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "FAQs: Provision of Methadone and Buprenorphine for the Treatment of Opioid Use Disorder in the COVID-19 Emergency", (2020), <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/faqs-for-oud-prescribing-and-dispensing.pdf>.
- 27 Administración de Control de Drogas de los EE. UU., "DEA Qualifying Practitioners, DEA Qualifying Other Practitioners" (2020), [https://www.deadiversion.usdoj.gov/GDP/\(DEA-DC-022\)\(DEA068\)%20DEA%20SAMHSA%20buprenorphine%20telemedicine%20%20\(Final\)%20+Esign.pdf](https://www.deadiversion.usdoj.gov/GDP/(DEA-DC-022)(DEA068)%20DEA%20SAMHSA%20buprenorphine%20telemedicine%20%20(Final)%20+Esign.pdf).
- 28 J.R. Jackson et al., "Characterizing Variability in State-Level Regulations Governing Opioid Treatment Programs", *Journal of Substance Abuse Treatment* 115 (2020): 108008, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547219307081>.
- 29 Ibid.
- 30 Resolución Conjunta n.º 71 de la Legislatura Estatal de Luisiana (2019), <http://www.legis.la.gov/legis/ViewDocument.aspx?d=1142206>.
- 31 Ibid.
- 32 Asamblea General de Indiana, proyecto de ley 1007 (2018), <http://iga.in.gov/legislative/2018/bills/house/1007#digest-heading>.
- 33 Jackson et al., "Characterizing Variability"; Código Administrativo de Nuevo México, § 7.32.8.9. Idoneidad para recibir aprobación para operar un programa de tratamiento por consumo de opioides (2005), <http://164.64.110.134/parts/title07/07.032.0008.html>; Código Administrativo de Alaska, 7 AAC 70.125. Requisitos adicionales para ofrecer servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (2017), <https://aws.state.ak.us/OnlinePublicNotices/Notices/Attachment.aspx?id=124694>.
- 34 Código Administrativo de Nuevo México, § 7.32.8.9. Idoneidad para recibir aprobación para operar un programa de tratamiento por consumo de opioides.
- 35 Jackson et al., "Characterizing Variability".
- 36 Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12.
- 37 K.L. Casper et al., "Models of Integrated Patient Care Through OTPs and Data 2000 Practices" (Asociación Americana para el Tratamiento de la Dependencia de Opioides, 2016), <http://www.aatod.org/wp-content/uploads/2016/10/whitepaper-1.doc>; P. Boozang, J. Guyer y J. Nysenbaum, "Using Medicaid to Advance Evidence-Based Treatment of Substance Use Disorders: A Toolkit for State Medicaid Leaders" (Manatt, 2019), <http://www.manatt.com/Manatt/media/Media/PDF/White%20Papers/AV-Medicaid-Opioid-Toolkit-November-2019.pdf>.
- 38 Foro de tratamiento de adicciones, "OTPs as Health Homes: Extra Money for Care Management", acceso el 9 de diciembre de 2020, <https://atforum.com/2013/11/otps-as-health-homes-extra-money-for-care-management/>.
- 39 Boozang, Guyer y Nysenbaum, "Using Medicaid"
- 40 Casper et al., "Models of Integrated Patient Care"; J.R. Brooklyn y S.C. Sigmon, "Vermont Hub-and-Spoke Model of Care for Opioid Use Disorder: Development, Implementation, and Impact", *Journal of Addiction Medicine* 11, n.º 4 (2017): 286-92, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28379862>.

- 41 Medicaid Innovation Accelerator Program, "Collaborative Models for Medication-Assisted Treatment: Key Elements of Vermont's Hub-and-Spoke System" (2019), <https://www.medicaid.gov/state-resource-center/innovation-accelerator-program/iap-downloads/reducing-substance-use-disorders/mat-key-elements-vt.pdf>.
- 42 Brooklyn y Sigmon, "Vermont Hub-and-Spoke Model".
- 43 Ibid.
- 44 Ibid.
- 45 Ibid.
- 46 S. Reif et al., "The Washington State Hub and Spoke Model to Increase Access to Medication Treatment for Opioid Use Disorders", *Journal of Substance Abuse Treatment* 108 (2020): 33-39, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547219300637>.
- 47 K. Darfler et al., "Preliminary Results of the Evaluation of the California Hub and Spoke Program", *Journal of Substance Abuse Treatment* 108 (2020): 26-32, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31400985/>.
- 48 Ibid.
- 49 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Certification of Opioid Treatment Programs (OTPs)", modificado por última vez el 7 de octubre de 2020, <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/become-accredited-opioid-treatment-program>.
- 50 Código Administrativo de Ohio, Unidades de entrega de medicamentos, 5122-40-15 (2019), <http://codes.ohio.gov/bac/5122-40-15v1>.
- 51 Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12.
- 52 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, "IIS Frequently Asked Questions", modificado por última vez el 7 de junio de 2019, <https://www.cdc.gov/vaccines/programs/iis/resources-refs/faq.html#Q13>.
- 53 R.P. Schwartz et al., "Interim Methadone Treatment Compared to Standard Methadone Treatment: Four-Month Findings", *Journal of Substance Abuse Treatment* 41, n.º 1 (2011): 21-29, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110526/>.
- 54 Centro secundario rural de información sobre la salud, "Telebehavioral Health and Opioid Use Disorder", 21 de mayo de 2019, <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/telehealth/2/specific-populations/behavioral-health/opioids>; M. True, "UVM Doctor Devises System to Help Addicts Waiting for Treatment", *VT Digger*, 13 de octubre de 2015, <https://vtdigger.org/2015/10/13/uvm-doctor-devises-system-to-help-addicts-waiting-for-treatment/>; E. Sarlin, "Buprenorphine Benefits Waitlisted Seekers of Opioid Treatment", Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, 24 de marzo de 2017, <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2017/03/buprenorphine-benefits-waitlisted-seekers-opioid-treatment>.
- 55 Ibid.
- 56 S.C. Sigmon et al., "Interim Buprenorphine Vs. Waiting List for Opioid Dependence", *New England Journal of Medicine* 375, n.º 25 (2016): 2504-05, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28002704>.
- 57 Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12.
- 58 A. Rosenblum et al., "Distance Traveled and Cross-State Commuting to Opioid Treatment Programs in the United States", *Journal of Environmental and Public Health* (2011), <https://www.hindawi.com/journals/jep/2011/948789/>; Joudrey, Edelman y Wang, "Drive Times"; H.S. Reisinger et al., "Premature Discharge From Methadone Treatment: Patient Perspectives", *Journal of Psychoactive Drugs* 41, n.º 3 (2009): 285-96, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19999682/>.
- 59 Estándares federales del tratamiento por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12.
- 60 Ibid.
- 61 Administración de Control de Drogas de los EE. UU., "DEA Qualifying Practitioners"; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Opioid Treatment Program (OTP) Guidance".
- 62 Asociación de funcionarios de salud estatales y territoriales, "COVID-19 Intervention Actions: Providing Medication-Assisted Treatment for Opioid Use Disorder" (2020), <https://www.astho.org/COVID-19/Providing-MAT-for-Opioid-Use-Disorder/>.
- 63 B.C.E. Dooling y L. Stanley, "Extending Pandemic Flexibilities for Opioid Use Disorder Treatment: Telemedicine & Initiating Buprenorphine Treatment" (The George Washington University, 2021), <https://regulatorystudies.columbian.gwu.edu/telemedicine-initiating-buprenorphine-treatment>.
- 64 Jackson et al., "Characterizing Variability".
- 65 Ibid.; 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>.

- 66 Código Administrativo de Ohio, Administración de tratamiento asistido por medicamentos, 5122-40-06 (2019), <http://codes.ohio.gov/oac/5122-40-06v1>.
- 67 A. McBournie et al., "Methadone Barriers Persist, Despite Decades of Evidence", *Health Affairs Blog* (blog), Health Affairs, 23 de septiembre de 2019, https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20190920.981503/full/#_ftnref1.
- 68 Ibid.; J.H. Samet, M. Botticelli y M. Bharel, "Methadone in Primary Care—One Small Step for Congress, One Giant Leap for Addiction Treatment", *New England Journal of Medicine* 379, n.º 1 (2018): 7-8, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972744/>; J.O. Merrill, "Policy Progress for Physician Treatment of Opiate Addiction", *Journal of General Internal Medicine* 17, n.º 5 (2002): 361-8, <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10628.x>.
- 69 Merrill, "Policy Progress".
- 70 O. Arseni y F. Racioppi, "Making the (Transport, Health, and Environment) Link" (Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, 2018), <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/making-the-transport,-health-and-environment-link-2018>.
- 71 Ibid.
- 72 J. Bronson et al., "Drug Use, Dependence, and Abuse Among State Prisoners and Jail Inmates, 2007-2009" (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Programas de la Oficina de Justicia, Oficina de Estadísticas de Justicia, 2017), <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/dudaspi0709.pdf>.
- 73 McBournie et al., "Methadone Barriers".
- 74 Noa Krawczyk et al., "Expanding Low-Threshold Buprenorphine to Justice-Involved Individuals Through Mobile Treatment: Addressing a Critical Care Gap", *Journal of Substance Abuse Treatment* 103 (2019): 1-8, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.05.002>.
- 75 Ibid.
- 76 S.C. Sigmon, "Access to Treatment for Opioid Dependence in Rural America: Challenges and Future Directions", *JAMA Psychiatry* 71, n.º 4 (2014): 359-60, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24500040/>.
- 77 C. Vestal, "Federal Ban on Methadone Vans Seen as Barrier to Treatment", The Pew Charitable Trusts, acceso el 12 de diciembre de 2020, <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/blogs/stateline/2018/03/23/federal-ban-on-methadone-vans-seen-as-barrier-to-treatment>.
- 78 Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, "Funding Opportunities—Non-USDA", acceso el 12 de diciembre de 2020, <https://www.usda.gov/topics/opioids/non-usda-funding>.
- 79 A. Taverna, asesor sénior sobre estrategias para el tratamiento del consumo de opioides, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, comunicación personal con The Pew Charitable Trusts, 7 de febrero de 2020.
- 80 H.R. 6 - Ley de Prevención del Trastorno por Consumo de Sustancias que Promueve la Recuperación y el Tratamiento del Trastornos por Consumo de Opioides para los Pacientes y las Comunidades, 115-271, Asamblea del Congreso n.º 115 (2018), <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-bill/6/text#toc-HE7D6B79AFB0447CD9D2F6F189A1586FE>.
- 81 K. Gifford et al., "A View From the States: Key Medicaid Policy Changes: Results From a 50-State Medicaid Budget Survey for State Fiscal Years 2019 and 2020" (Kaiser Family Foundation, 2019), <https://www.kff.org/report-section/a-view-from-the-states-key-medicaid-policy-changes-introduction/>; The Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), "Access to Substance Use Disorder Treatment in Medicaid" (2018), <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2018/06/Access-to-Substance-Use-Disorder-Treatment-in-Medicaid.pdf>.
- 82 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019".
- 83 A.J. Abraham et al., "Geographic Disparities in Availability of Opioid Use Disorder Treatment for Medicaid Enrollees", *Health Services Research* 53, n.º 1 (2018): 389-404, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6773.12686>.
- 84 J. Donohue et al., "Opioid Use Disorder Among Medicaid Enrollees: Snapshot of the Epidemic and State Responses" (Kaiser Family Foundation, 2019), <http://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Opioid-Use-Disorder-among-Medicaid-Enrollees>; P. O'Brien et al., "Utilization of Treatment by Medicaid Enrollees With Opioid Use Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders", *Drug and Alcohol Dependence* 217 (2020): 108261, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979735/>.
- 85 Resolución Conjunta n.º 71 de la Legislatura Estatal de Luisiana.
- 86 Leyes generales de Massachusetts, Partes I, Título XVI, Capítulo 111E, Sección 7: Entrega de licencias y aprobación de centros, <https://malegislature.gov/Laws/GeneralLaws/PartI/TitleXVI/Chapter111E/Section7>.
- 87 Departamento de Salud y Servicios Humanos de West Virginia, Series 11, Medication-Assisted Treatment—Opioid Treatment Programs (2017), <http://apps.sos.wv.gov/adlaw/csr/readfile.aspx?DocId=49387&Format=PDF>.
- 88 J. O'Brien et al., "Review of State Strategies to Expand Medication-Assisted Treatment" (2019), <https://www.tacinc.org/resource/state-strategies-to-expand-medication-assisted-treatment/>.

- 89 J. Vespa, L. Medina y D.M. Armstrong, "Demographic Turning Points for the United States: Population Projections for 2020 to 2060" (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2020), <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2020/demo/p25-1144.pdf>.
- 90 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, "MDCR Enroll AB 3: Total Medicare Enrollment: Part A and/or Part B Total, Aged, and Disabled Enrollees, Calendar Years 2013-2018", <https://www.cms.gov/files/document/2018-mdcr-enroll-ab-3.pdf>; N. Wilson et al., "Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths—United States, 2017–2018", *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69, n.º 11 (2020), <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6911a4>; L. Scholl et al., "Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths—United States, 2013-2017", *Morbidity and Mortality Weekly Report* 67, n.º 5152 (2019), https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm675152e1.htm?s_cid=mm675152e1_w.
- 91 H.R. 6 - Ley de Prevención del Trastorno por Consumo de Sustancias que Promueve la Recuperación y el Tratamiento del Trastornos por Consumo de Opioides para los Pacientes y las Comunidades, 115-271.
- 92 S.J. Harris et al., "Gaps in Access to Opioid Use Disorder Treatment for Medicare Beneficiaries", *Health Affairs* 39, n.º 2 (2020), <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2019.00309>.
- 93 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019".

Para obtener más información, visite:
pewtrusts.org/substancemisuse

Contacto: Erin Davis, gerente de Comunicaciones
Correo electrónico: edavis@pewtrusts.org
Sitio web del proyecto: 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.