



Sophie Mayanne/Getty Images

# Los cambios a las políticas estatales podrían ampliar el acceso al tratamiento del trastorno por consumo de opioides a través de los servicios de telesalud

La eliminación de las restricciones y la realización de los reembolsos correspondientes podrían beneficiar a las poblaciones más marginadas

## Resumen

Cuando la pandemia del COVID-19 comenzó a principios de 2020, las directivas relativas al distanciamiento social y al aislamiento en el hogar amenazaron con interrumpir la atención médica de cientos de miles de personas que estaban recibiendo un tratamiento farmacológico para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos. En consecuencia, el Gobierno federal comenzó a permitir que estos pacientes recibieran servicios de atención médica de manera remota o mediante la telesalud, propiciando la interacción con los médicos y otros proveedores por Internet o telefónicamente. (Consulte el recuadro 1).

Hay nuevas investigaciones que demuestran que permitir el tratamiento del OUD por medio de la telesalud durante la pandemia ayudó a los pacientes a comenzar un tratamiento farmacológico y a cumplirlo. Asimismo, estos pacientes permanecieron en tratamiento y se abstuvieron de consumir opioides ilegales a tasas similares a las observadas en personas que recibieron atención presencial.<sup>1</sup> Los médicos clínicos que usaron la telesalud durante la pandemia informaron que esta nueva modalidad aumentó el acceso y la comodidad para sus pacientes, en particular, entre las poblaciones históricamente más marginadas, como las personas en áreas rurales o remotas, las que recuperaron recientemente la libertad, los clientes de programas de servicios de suministro de jeringas y las personas sin hogar.<sup>2</sup>

Ahora, se necesitan nuevas políticas para garantizar que estos pacientes puedan continuar beneficiándose del tratamiento del OUD por telesalud después de la pandemia. Para lograrlo, las agencias estatales de Medicaid y los responsables legislativos pueden tomar varias medidas, entre ellas, las siguientes:

- Exigir a las aseguradoras públicas y privadas que les reembolsen todos los servicios prestados por telesalud a los proveedores de tratamiento del OUD.
- Establecer tarifas de reembolso públicas y privadas para los servicios de tratamiento del OUD por telesalud que estén a la par del tratamiento presencial.
- Ampliar las ubicaciones donde los pacientes puedan recibir servicios de tratamiento del OUD por telesalud, incluidos sus hogares.
- Permitir que los pacientes con cobertura de Medicaid accedan a los servicios de tratamiento del OUD por teléfono.
- Habilitar a las instituciones correccionales para que empleen la telesalud para prestar los servicios de tratamiento del OUD.

Los estados cuentan con amplias libertades para crear sus propias leyes y regulaciones en torno al uso de la telesalud. De hecho, 43 estados y Washington D.C. tienen leyes relativas al reembolso de los servicios de telesalud por parte de pagadores privados.<sup>3</sup> Sin embargo, en la práctica, hay diversas barreras que dificultan la implementación de los servicios de telesalud: el desarrollo de infraestructura tecnológica puede ser costoso; casi 14,5 millones de estadounidenses no tienen acceso a Internet de alta velocidad;<sup>4</sup> y el control y la evaluación de los programas de telesalud por parte de las agencias de Medicaid y los departamentos de salud exigen recursos. Aunque en el pasado estos obstáculos pueden haber desalentado a los responsables legislativos estatales para ampliar el acceso a la telesalud, en la actualidad, los estados pueden utilizar recursos federales e interestatales (como los centros de recursos de telesalud regionales y nacionales, las reservas federales y las iniciativas de colaboración de otros estados) para mantener y ampliar sus capacidades en torno a los servicios de telesalud.

---

### **Recuadro 1. Normas federales menos estrictas relativas a la telesalud para tratar el OUD durante la pandemia**

Antes de la pandemia del COVID-19, los proveedores que recetaban buprenorfina para tratar el OUD no podían emplear la telesalud para que nuevos pacientes comenzaran el tratamiento farmacológico debido a las barreras regulatorias impuestas por la Administración de Control de Drogas de los EE. UU. (DEA, por sus siglas en inglés) y la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción (SAMHSA, por sus siglas en inglés). La Ley Ryan Haight para la Protección de Consumidores de Productos Farmacéuticos en Línea de 2008, en virtud de la cual se insta a la DEA a establecer regulaciones, prohíbe la prescripción y dispensación de sustancias controladas, incluida la buprenorfina, sin una evaluación médica previa en persona.<sup>5</sup> Asimismo, la SAMHSA exige a todos los programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que son los únicos centros que pueden dispensar metadona para tratar el OUD, que evalúen al paciente antes de admitirlo para recibir tratamiento, y otras pautas de la agencia implican que la evaluación se debe realizar en persona.<sup>6</sup> Se prevé que la DEA implemente regulaciones que permitan que los profesionales de la salud se registren para recetar medicamentos a través de la telesalud, conforme a la Ley de Prevención del Trastorno por Consumo de Sustancias que Promueve la Recuperación y el Tratamiento del Trastorno por Consumo de Opioides para los Pacientes y las Comunidades (SUPPORT, por sus siglas en inglés), aprobada en octubre de 2018. Sin embargo, la agencia aún no lo ha hecho.<sup>7</sup>

La SAMHSA y la DEA actualizaron sus lineamientos relativos al inicio del tratamiento farmacológico a través de la telesalud, en respuesta a la emergencia de salud pública por el COVID-19 declarada por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las agencias hicieron uso de su autoridad legal para eliminar el requisito de la evaluación presencial y permitir a los prescriptores de buprenorfina administrar el tratamiento farmacológico a pacientes nuevos mediante una conexión audiovisual o por audio, aunque los prescriptores deben seguir cumpliendo con todos los requisitos específicos del estado.<sup>8</sup>

La exención de la SAMHSA que permite iniciar el tratamiento farmacológico a través de una consulta de telesalud no incluye la metadona. A estos efectos, la agencia abordó la necesidad de reducir los servicios prestados de manera presencial al permitirles a los OTP que aumenten la cantidad de días durante los cuales el paciente puede recibir medicamentos para consumo domiciliario. Antes de la pandemia del COVID-19, las regulaciones federales establecían que los pacientes podían recibir solo un mes de dosis hogareñas después de dos años de tratamiento continuo. Sin embargo, durante la emergencia de salud pública por el COVID-19, los OTP pueden permitirles a los pacientes que se lleven al hogar un suministro de 28 días de metadona, siempre que se los considere estables a criterio del OTP. Los pacientes considerados menos estables tienen permitido recibir un suministro de solo 14 días de dosis hogareñas.<sup>9</sup> Durante el período en el cual los pacientes toman el medicamento en el hogar, pueden usar la telesalud para recibir servicios de seguimiento, como el apoyo psicológico.<sup>10</sup>

Muchos estados han aprovechado esta relajación temporal en lo que respecta a las políticas de telesalud, aunque se prevé que este beneficio expire una vez que se levante la emergencia de salud pública por el COVID-19.<sup>11</sup> Sin embargo, la DEA y la SAMHSA tienen la autoridad de emitir nuevas normas o lineamientos para continuar con estas flexibilidades. Asimismo, las agencias pueden continuar con las mismas flexibilidades apelando a la otra declaración de emergencia de salud pública específica relativa al consumo de opioides, que entró en vigencia en octubre de 2017.<sup>12</sup> Si se logra implementar estas flexibilidades de manera permanente a nivel federal, se aprovecharía el progreso logrado durante la pandemia para ampliar el acceso al tratamiento farmacológico, y también se impulsaría a los estados a reconocer la importancia de priorizar políticas que promuevan la prestación de servicios de tratamiento del OUD por telesalud en el futuro.

## **Recomendaciones en torno a las políticas**

### **Exigir a las aseguradoras públicas y privadas que les reembolsen todos los servicios prestados por telesalud a los proveedores de tratamiento del OUD**

Los programas estatales de Medicaid y los miembros de las legislaturas deberían asegurarse de que todos los proveedores y servicios de tratamiento del OUD prestados por telesalud —incluidas las evaluaciones clínicas, la prescripción de tratamiento farmacológico, la gestión de medicamentos y la ayuda psicológica individual y grupal— estén contemplados en la cobertura y sean aptos para reembolso por parte de Medicaid y de las aseguradoras privadas siempre que sea posible.

Para fomentar un sistema terapéutico integral y efectivo, es fundamental garantizar que los distintos tipos y niveles de proveedores reúnan los requisitos para facturar los servicios, incluida la prescripción de buprenorfina. Por ejemplo, en Minnesota, Medicaid le permite a una gran variedad de proveedores, entre ellos, médicos, personal de enfermería especializado, auxiliares médicos y profesionales en salud mental, prestar por telesalud los mismos servicios que están autorizados a brindar en persona.<sup>13</sup> La inclusión de profesionales de la salud de

nivel intermedio es especialmente importante para ampliar el acceso a la buprenorfina: el personal de enfermería especializado y los auxiliares médicos han sido responsables de la mayor parte del aumento de las prescripciones de buprenorfina de los pacientes de Medicaid y las personas que viven en zonas rurales y no tienen acceso al tratamiento.<sup>14</sup>

Los programas de Medicaid y los pagadores privados que reembolsan a los profesionales de la salud la prestación de servicios presenciales de tratamiento del OUD deberían contemplar la cobertura de esos mismos servicios cuando se prestan por telesalud. Por ejemplo, en 2011, California aprobó leyes para enmendar la regulaciones de Medicaid y permitir a los proveedores que presten por telesalud todos los beneficios y servicios incluidos en la cobertura, siempre que el proveedor remoto considere que los servicios son clínicamente apropiados, cumpla con las definiciones relativas al procedimiento y los componentes de los códigos de facturación médica, y observe todas las leyes sobre confidencialidad en la salud.<sup>15</sup>

Los programas de Medicaid y los pagadores privados pueden reembolsar el suministro de buprenorfina por telesalud a pacientes nuevos y existentes.<sup>16</sup> Y en los estados donde se permite recetar el tratamiento farmacológico del OUD a través de la telesalud, se están viendo resultados positivos: en Maryland, en un programa de telesalud dedicado al suministro de buprenorfina, se determinó que los resultados de los pacientes en relación con la retención terapéutica y el cese del consumo de opioides fueron comparables con los resultados de los programas que brindan servicios presenciales.<sup>17</sup> Y durante la emergencia de salud pública por el COVID-19, en una encuesta de alcance nacional, se descubrió que una tercera parte de los médicos clínicos que recetaron buprenorfina por telesalud durante el año pasado lo hicieron sin realizar una evaluación física del paciente en persona. De los proveedores encuestados, solo alrededor del 5 % expresó que tuvo dificultades para iniciar el tratamiento con buprenorfina, una cifra que coincide con las investigaciones disponibles respecto de los programas de atención presencial.<sup>18</sup>

Además, el reembolso de los servicios psicosociales permite que los pacientes que reciben metadona de un OTP asistan a sesiones de apoyo psicológico a través de la telesalud, lo que reduce la carga de las visitas frecuentes en persona, sobre todo, para los pacientes que están autorizados a llevarse dosis hogareñas de metadona.

## **Reembolsar los servicios de tratamiento del OUD que se prestan por telesalud a las mismas tarifas que los servicios presenciales**

El reembolso inapropiado a los proveedores es una de las principales barreras para ampliar el uso de la telesalud.<sup>19</sup> Sin garantías respecto de tarifas de reembolso suficientes, es posible que los proveedores no estén dispuestos a invertir en la infraestructura necesaria para ofrecer servicios por telesalud en sus consultorios, o bien que les parezca inviable aumentar el uso de estos servicios para tratar el OUD.<sup>20</sup> Aunque a algunos pagadores les preocupa que la igualdad en el pago de los servicios por telesalud incentive una atención de menor calidad y genere un aumento de los costos debido al uso excesivo de los servicios, hasta la fecha, la evidencia indica que estos resultados no se han materializado.<sup>21</sup> Por ejemplo, si bien el uso de la telesalud ha crecido 20 veces desde el inicio de la pandemia, el total de consultas semanales ambulatorias, incluidos los servicios presenciales y por telesalud, es comparable con las cifras previas y posteriores a la pandemia, lo que indica que la telesalud está reemplazando la atención en persona y no duplicándola.<sup>22</sup>

Por lo tanto, los programas de Medicaid deberían ofrecer la cobertura y el reembolso de los servicios de tratamiento del OUD a través de la telesalud bajo condiciones tarifarias equitativas con los servicios presenciales. Los estados pueden hacerlo sin necesidad de presentar una enmienda al plan estatal ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para su revisión y aprobación.<sup>23</sup> A partir de mayo de 2020, los programas de Medicaid de 38 estados y Washington D.C. ofrecieron igualdad en los pagos para algunos de los servicios que se prestan por telesalud.<sup>24</sup> A pesar de que no está claro qué porcentaje de

estas políticas estatales incluyen los servicios de tratamiento del OUD, esto demuestra que los estados pudieron implementar con éxito la igualdad en los pagos a mayor escala.

Incluso los responsables legislativos estatales pueden exigir que los planes de salud privados ofrezcan la cobertura y el reembolso de los servicios de tratamiento del OUD que se prestan a través de la telesalud en iguales condiciones de pago.<sup>25</sup> A partir del otoño boreal de 2019, cerca de la mitad de los estados exigió que los planes de salud privados ofrecieran igualdad de servicios en algunos casos, y 10 estados les exigieron la igualdad en los pagos de algunos servicios.<sup>26</sup> Si bien no en todas estas leyes se nombran explícitamente los servicios de tratamiento del OUD, algunos estados sí lo han hecho. Por ejemplo, en 2021, Arizona promulgó una ley en virtud de la cual todos los planes de salud “deben incluir en la cobertura los servicios de atención médica que se presten a través de la telesalud” si estos mismos servicios se prestarían en persona y “deben reembolsar los costos a los proveedores de atención médica en las mismas condiciones de pago que lo harían por servicios equivalentes”, ya sea que se presten a través de la telesalud o de manera presencial.<sup>27</sup> Esta ley también exige que todos los planes de salud reembolsen a los proveedores los costos de “los servicios de salud conductual y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias... si se prestaron a través de la telesalud en un formato de audio” a una tarifa de reembolso equivalente a la de los servicios presenciales.<sup>28</sup>

## Ampliar las ubicaciones donde los pacientes puedan acceder a servicios de tratamiento del OUD por telesalud

La telesalud puede ayudar a acortar la brecha terapéutica de las personas que padecen un OUD y están interesadas en comenzar un tratamiento, pero no tienen acceso a los proveedores, en particular, a aquellos que poseen la exención de la DEA para recetar buprenorfina para tratar este trastorno. Hasta el año 2018, el 40 % de los condados estadounidenses no contaban con médicos clínicos que tuvieran la exención para recetar buprenorfina.<sup>29</sup> Sin embargo, a los pacientes no siempre se les permite recibir servicios de telesalud en el hogar o en el lugar que ellos elijan. Algunos estados permiten que los pacientes reciban tratamiento por Internet o telefónicamente, pero les exigen hacerlo en centros de tratamiento o en otros lugares que pueden implicar viajar distancias largas.<sup>30</sup> Esto genera una barrera a la hora de recibir el tratamiento para las personas que no cuentan con transporte o que tienen otras responsabilidades, como un empleo o menores a cargo, que dificultan estos traslados. Darles a los pacientes más opciones de lugares donde puedan realizar consultas por telesalud puede facilitarles su acceso al tratamiento.

Las agencias de Medicaid y las legislaturas deberían realizar cambios a las regulaciones y a las leyes, respectivamente, para permitir una mayor variedad de centros o lugares de origen aptos para que los pacientes puedan recibir los servicios por telesalud, incluida su casa. De hecho, Medicare ya permite la telesalud desde la casa de un paciente como resultado de los cambios realizados a partir de la ley SUPPORT de 2018, que amplió el acceso crítico al tratamiento del OUD a través de la telesalud al eliminar las restricciones sobre los centros de origen. Algunos estudios observacionales indican que los pacientes pueden iniciar de manera segura y exitosa el tratamiento con buprenorfina desde su casa sin supervisión presencial. Las investigaciones demuestran que los eventos adversos y la retención terapéutica de estos pacientes son comparables con los de los pacientes que inician el tratamiento en el consultorio.<sup>31</sup> Incluso en un estudio se reveló que más de la mitad de los pacientes eligieron comenzar el tratamiento en su casa, lo que sugiere que prefieren esta opción.<sup>32</sup>

En consonancia con esta evidencia, en Misuri, Medicaid no impone restricciones sobre los centros de origen, siempre y cuando “el proveedor pueda garantizar que se presten los servicios de acuerdo con el estándar de atención médica que aplicaría en cualquier otro caso” si se tratara de servicios presenciales.<sup>33</sup> Y en la revisión del código del estado de Washington se permite explícitamente a los miembros de Medicaid usar su “casa o cualquier otra ubicación que elija la persona que recibe el servicio” como centro de origen para realizar una

consulta por telesalud.<sup>34</sup> A partir de febrero de 2021, los programas de Medicaid de 26 estados y Washington D.C. permiten que los miembros usen su casa como centro de origen apto para realizar una consulta por telesalud. Sin embargo, los servicios de tratamiento del OUD a veces se excluyen de estas políticas.<sup>35</sup>

Washington también aprobó una ley, que entró en vigencia en 2018 para todos los planes de salud, orientada a permitir distintos tipos de lugares como centros de origen, incluidas las clínicas de salud rurales, los centros de salud federalmente calificados, los consultorios de proveedores de atención médica y los centros de salud mental comunitarios.<sup>36</sup> Esta opción puede ser útil para los pacientes de los OTP que están obligados a tomar su dosis de metadona en persona, y que podrían usar el centro del OTP como centro de origen para asistir a las sesiones de apoyo psicológico que se realizan en otro lugar.

## Permitir los servicios de tratamiento del OUD en formato de audio para los pacientes con cobertura de Medicaid

Si bien en la actualidad la DEA solo permite el inicio del tratamiento con buprenorfina mediante formato de audio durante la emergencia de salud pública por el COVID-19, los programas de Medicaid pueden (y deben) permitirles a los pacientes y a los proveedores que usen teléfonos para prestar y recibir servicios de tratamiento del OUD, como evaluaciones de admisión, gestión de medicamentos y apoyo psicológico.

En los programas terapéuticos que, durante la pandemia, les permiten a los pacientes usar tecnología de audio se han visto resultados positivos, entre ellos, la participación de pacientes nuevos, quienes, de lo contrario, no hubieran comenzado el tratamiento.<sup>37</sup> Permitir el uso de teléfonos puede servir para abordar la desigualdad en el acceso a la tecnología audiovisual: la telesalud en formato de video no está disponible ampliamente para los 14,5 millones de estadounidenses que viven en “desiertos digitales” como resultado de las desigualdades que incluyen el acceso inadecuado a una conexión de banda ancha, el analfabetismo digital y las barreras del sistema de salud.<sup>38</sup> De hecho, un estudio reciente sobre un sistema de salud integrado de gran extensión en Massachusetts reveló que los pacientes de la comunidad negra, hispana o de habla española, o los residentes de zonas con los índices más bajos de acceso a Internet de banda ancha, mediana de ingresos y nivel educativo tenían menos probabilidades de realizar consultas por video, comparados con los pacientes de raza blanca con seguro privado que vivían en zonas de mayores ingresos y mejor acceso a servicios de banda ancha.<sup>39</sup> Otro estudio descubrió que los intercambios de telesalud tienen más probabilidades de realizarse en formato de audio convencional en el caso de las personas que tienen un seguro público o que pagan por su cuenta, ya que es menos probable que tengan los dispositivos móviles y las computadoras necesarios para las consultas de telesalud audiovisuales.<sup>40</sup>

Los programas de Medicaid deberían reembolsar el costo de los servicios que se prestan en formato de audio exclusivamente, lo que podría ayudar a abordar las desigualdades geográficas, socioeconómicas, raciales y étnicas en el acceso al tratamiento a través de la telesalud. En ese sentido, conforme al cronograma de tarifas médicas propuestas por los CMS para el año 2022, se autoriza de manera permanente a los OTP a prestar los servicios de terapia y apoyo psicológico de sus paquetes semanales a través de la telesalud en formato de audio en los casos en los que la comunicación audiovisual no esté disponible para el beneficiario. Los CMS declaran que el hecho de permitirles a los OTP brindar servicios en formato de audio convencional “promueve un mayor acceso a los servicios, sobre todo, para las poblaciones más vulnerables, y garantiza que los proveedores tengan flexibilidad para prestar los servicios a los beneficiarios de la manera más eficiente y sencilla posible”.<sup>41</sup> Desde febrero de 2021, al menos 15 programas de Medicaid reembolsaron los servicios de telesalud que se prestaron exclusivamente en formato de audio, pero muchas veces solo se pudo ofrecer el servicio en determinados casos o para algunas especialidades.<sup>42</sup> El Código de Regulaciones de Colorado especifica que la telesalud se puede ofrecer en formato de “audio interactivo” (incluido el teléfono), siempre y cuando la comunicación cumpla con “el

mismo estándar de atención médica que se provee en los servicios presenciales”, y esto incluye las evaluaciones de admisión, la gestión de medicamentos para las personas con un OUD y el apoyo psicológico.<sup>43</sup>

## Usar la telesalud para prestar servicios de tratamiento del OUD en establecimientos correccionales

Si bien la telesalud se usa habitualmente para brindar atención médica a la población en las cárceles y prisiones, el personal de estos establecimientos dice que este servicio se usa muy poco para facilitar el tratamiento del OUD.<sup>44</sup> Para ayudar a que las cárceles y prisiones comiencen programas de telesalud dirigidos a las personas con un OUD y otras afecciones de salud, o bien amplíen los programas existentes, los estados deberían asignar fondos que otorguen a estos establecimientos la flexibilidad para comprar equipos e infraestructura, adquirir medicamentos y cubrir otras necesidades relacionadas con la telesalud, y para contratar personal.

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) está financiando investigaciones destinadas a determinar las mejores prácticas que pueden adoptar los establecimientos correccionales para implementar los servicios de telesalud en el tratamiento del OUD. (Consulte el recuadro 2). Asimismo, como se menciona abajo, en al menos dos cárceles se comenzó a utilizar la telesalud para facilitar la atención a las personas con un OUD en respuesta a la emergencia de salud pública por el COVID-19.

La cárcel del condado de Hennepin en Mineápolis, que ofrecía los tres medicamentos para tratar el OUD (metadona, buprenorfina y naltrexona) antes de la emergencia de salud pública, les está ofreciendo a las personas que padecen este trastorno la opción de comenzar un tratamiento con buprenorfina a través de una consulta de telesalud de acuerdo con la política de flexibilidad de la DEA.<sup>45</sup> Esta cárcel también utiliza la telesalud para facilitar las sesiones de apoyo psicológico y la prestación de otros servicios médicos.<sup>46</sup>

La cárcel del condado de Franklin en Greenfield, Massachusetts, que también ofrece los tres medicamentos para tratar el OUD, amplió su capacidad de servicios de telesalud durante la emergencia de salud pública por el COVID-19, recetando en forma remota medicamentos para tratar el OUD a los pacientes que llegaban al centro, ofreciendo sesiones de apoyo psicológico individuales y realizando evaluaciones de admisión en el OTP penitenciario.<sup>47</sup> El establecimiento utilizó diversas fuentes de financiación para comprar computadoras portátiles, televisores y cámaras web para el programa de tratamiento del OUD a través de la telesalud, como la Subvención de Respuesta Estatal a los Opioides y la Subvención Federal de Adicción a los Opioides y Medicamentos de Venta con Receta.<sup>48</sup>

Este tipo de programas están bien posicionados para identificar las mejores prácticas y compartir las lecciones aprendidas con otros establecimientos correccionales que estén interesados en prestar servicios de telesalud para tratar el OUD.

### Recuadro 2. Iniciativa para las personas encarceladas

La red de innovación sobre el tratamiento del trastorno por consumo de opioides en la comunidad penal (JCOIN, por sus siglas en inglés), financiada por el NIDA, es un sistema que cuenta con más de una docena de estudios clínicos de gran alcance y está estudiando las mejores prácticas relativas a la prestación de servicios de tratamiento del OUD en cárceles y prisiones. Estas prácticas incluyen maneras de usar la telesalud para fomentar la participación y la retención terapéutica efectivas de los pacientes.<sup>49</sup> Por ejemplo, en uno de los estudios de la JCOIN, se pretende evaluar si las mujeres encarceladas y vinculadas a proveedores y pares de apoyo comunitarios a través de la telesalud tienen más

probabilidades de acceder al tratamiento y de cumplirlo al regresar a la comunidad.<sup>50</sup> Este estudio, en el que participarán 900 mujeres con OUD distribuidas en nueve cárceles y cuya liberación está programada en 30 días, contribuirá a la bibliografía sobre cómo la telesalud puede ayudar a mejorar los resultados de las personas encarceladas o que fueron liberadas recientemente.<sup>51</sup>

La telesalud puede ayudar a ampliar la oferta de proveedores y mejorar el acceso a la atención de salud basada en la evidencia en los establecimientos correccionales al conectar a los internos que padecen un OUD con profesionales especializados en el tratamiento de las adicciones, asesores en salud mental y pares de apoyo, los cuales pueden ser escasos.<sup>52</sup> Al menos durante la emergencia de salud pública por el COVID-19, la telesalud puede servir también para facilitar el inicio oportuno del tratamiento farmacológico, por ejemplo, al permitir que una persona encarcelada que padece un OUD reciba una receta de buprenorfina por parte de un proveedor exento en una ubicación distinta de aquella donde reside el paciente.<sup>53</sup>

## Superar las barreras para acceder a la telesalud

Incluso si los estados realizan los cambios legislativos que se describen arriba, es posible que se encuentren con muchas barreras a la hora de ampliar el uso de la telesalud, como la escasez de financiación para respaldar la infraestructura tecnológica, el acceso inadecuado a Internet de banda ancha y la implementación de herramientas de supervisión y evaluación para controlar el ejercicio de la telesalud y sus resultados con el objetivo de orientar las políticas y estrategias de desarrollo en el futuro.

**Infraestructura.** Crear programas de telesalud o ampliarlos puede demandar una gran inversión por adelantado en infraestructura tecnológica, capacitación del personal y planificación administrativa (toda una serie de barreras que puede implicar dificultades para los proveedores más pequeños o con menos recursos).<sup>54</sup> Los estados también deben considerar la habilidad que se necesita para adoptar plataformas de telesalud que se integren con los sistemas electrónicos de historias clínicas y que, a la vez, protejan la privacidad de los pacientes.<sup>55</sup> Una manera en que los estados pueden desarrollar su capacidad en materia de telesalud es poniéndose en contacto con el National Consortium of Telehealth Resource Centers (Consortio Nacional de Centros de Recursos sobre Telesalud), una colaboración compuesta por 12 centros de recursos sobre telesalud regionales y dos nacionales, administrados por el Center for Connected Health Policy (Centro para Política de Salud Conectada), que brindan asistencia técnica, educación y recursos para implementar los programas de telesalud.<sup>56</sup>

**Acceso a Internet de banda ancha.** La Internet de banda ancha no está disponible ni resulta plenamente accesible para muchas personas en los Estados Unidos. Esto supone una barrera para la ampliación de la telesalud, ya que los estados suelen exigir que las teleconsultas se realicen en tiempo real y que incluyan componentes de audio y de video.<sup>57</sup> Según un informe de 2020 de la Comisión Federal de Comunicaciones, la escasez de redes terrestres fijas de banda ancha afecta sobre todo a las personas que viven en zonas rurales y en tierras tribales. Cerca del 17 % y del 21 % de las personas de estos grupos, respectivamente, no tienen acceso a estas redes.<sup>58</sup> Los Gobiernos estatales y locales pueden utilizar los fondos equivalentes a \$362.000 millones que se reunieron recientemente gracias a la Ley del Plan de Rescate Estadounidense. Esta ley consta de un paquete de estímulos orientados a darles amplia flexibilidad a los estados para determinar el uso de los fondos y, si lo desean, invertir en la mejora del acceso a Internet de banda ancha.

**Supervisión y evaluación.** Por último, con el rápido crecimiento del uso de la telesalud durante la pandemia del COVID-19, es posible que los estados y los proveedores no hayan estado preparados para recolectar datos

y analizarlos a fin de evaluar los aspectos que están funcionando bien y las mejoras que se podrían realizar a la infraestructura de telesalud. En adelante, los estados deberían supervisar las métricas y los resultados de salud durante la implementación del programa, incluidas las experiencias de los pacientes con los servicios de tratamiento prestados a través de la telesalud (por ejemplo, menores plazos de traslado para asistir a las consultas).<sup>59</sup> Estos datos también pueden ayudar a los estados a identificar cómo la telesalud afecta a las distintas poblaciones. Así, por ejemplo, podrían evaluar el rol de la telesalud en el acortamiento de la brecha terapéutica en las zonas rurales y analizar las desigualdades raciales en la prestación de servicios de telesalud. Algunos estados intentaron identificar las brechas en el acceso a la telesalud desarrollando redes para compartir recursos, como la asociación regional interestatal conformada por los gobernadores de Colorado, Nevada, Washington y Oregón.<sup>60</sup> Estos estados aceptaron compartir las mejores prácticas relativas a la implementación de la telesalud y abordar las desigualdades en el acceso a este servicio que experimentan, en especial, las comunidades de nativos norteamericanos y las personas de color.<sup>61</sup>

## Conclusión

El año pasado, en los Estados Unidos, más de 71.000 personas murieron a causa de una sobredosis de opioides, y cerca de 1.600 millones más siguen luchando contra un OUD. Durante la pandemia del COVID-19, los médicos clínicos y los investigadores aprendieron que el tratamiento del OUD por telesalud es igual de efectivo que el tratamiento presencial. Al ampliar de manera permanente el acceso a los servicios de tratamiento del OUD que se prestan a través de la telesalud después de la pandemia, los responsables legislativos y reguladores de cada estado pueden ayudar a que una mayor parte de las personas a las que representan se recuperen del OUD.

Los estados tienen una amplia autoridad para crear sus propias definiciones y estructuras de reembolso para los servicios de telesalud, y deberían considerar abordajes de políticas de telesalud que eliminen las restricciones aplicables a los prescriptores de medicamentos para tratar el OUD, faciliten el inicio y la continuidad del tratamiento de los pacientes a través de la telesalud, brinden un pago adecuado por los servicios sujetos a esta modalidad, y fomenten el uso más extendido de la telesalud para tratar el OUD en los establecimientos correccionales.

## Notas finales

- 1 L. Wang et al., "Telemedicine Increases Access to Buprenorphine Initiation During the COVID-19 Pandemic", *Journal of Substance Abuse Treatment* 124 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108272>; E. Weintraub et al., "Outcomes for Patients Receiving Telemedicine-Delivered Medication-Based Treatment for Opioid Use Disorder: A Retrospective Chart Review", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 23, n.º 2 (2021): 5, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33551692>; T.O. Cole et al., "Patient Satisfaction with Medications for Opioid Use Disorder Treatment Via Telemedicine: Brief Literature Review and Development of a New Assessment", *Frontiers in Public Health* 8 (2020), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33553083>.
- 2 Ibid.; M. Harris et al., "Low Barrier Tele-Buprenorphine in the Time of COVID-19: A Case Report", *Journal of Addiction Medicine* 14, n.º 4 (2020): e136-e38, <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000682>; R. Tringale y A.M. Subica, "COVID-19 Innovations in Medication for Addiction Treatment at a Skid Row Syringe Exchange", *Journal of Substance Abuse Treatment* 121 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108181>; L. Uscher-Pines et al., "Treatment of Opioid Use Disorder During COVID-19: Experiences of Clinicians Transitioning to Telemedicine", *Journal of Substance Abuse Treatment* 118 (2020): 108124, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547220303809>; Oficina del Coordinador Nacional para la Tecnología de Información de Salud, "What Is Telehealth? How Is Telehealth Different From Telemedicine?" <https://www.healthit.gov/faq/what-telehealth-how-telehealth-different-telemedicine>; L. Dunlap et al., "Using Telehealth to Support Opioid Use Disorder Treatment Issue Brief" (Oficina de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación, 2018), <https://aspe.hhs.gov/reports/using-telehealth-support-opioid-use-disorder-treatment-issue-brief-0>.
- 3 Center for Connected Health Policy (Centro para Política de Salud Conectada), "State Telehealth Laws and Reimbursement Policies" (2021), [https://www.cchpca.org/2021/04/Spring2021\\_Infographic-1.pdf](https://www.cchpca.org/2021/04/Spring2021_Infographic-1.pdf).
- 4 Comisión Federal de Comunicaciones, "Fourteenth Broadband Deployment Report" (2021), <https://docs.fcc.gov/public/attachments/FCC-21-18A1.pdf>.
- 5 Implementación de la Ley Ryan Haight para la Protección de Consumidores de Productos Farmacéuticos en Línea de 2008, Fed. Reg. 74 15596 (6 de abril de 2009), <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2009-04-06/pdf/E9-7698.pdf>.

- 6 Código de Regulaciones Federales, título 42, capítulo secundario A, parte 8, Tratamiento farmacológico de los trastornos por consumo de opioides, 42 C.F.R. § 8.12(f)(2) (2021), <https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-I/subchapter-A/part-8>; 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>.
- 7 Administración de Control de Drogas de los EE. UU., “Controlled Substances Act, Section 831(H)”, <https://www.deadiversion.usdoj.gov/21cfr/21usc/831.htm>.
- 8 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, “FAQs: Provision of Methadone and Buprenorphine”; 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).
- 9 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, “Federal Guidelines for Opioid Treatment Programs” (2015), <https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP>; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, “FAQs: Provision of Methadone and Buprenorphine”.
- 10 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, “FAQs: Provision of Methadone and Buprenorphine”.
- 11 Federación de Consejos Médicos Estatales, “U.S. States and Territories Modifying Requirements for Telehealth in Response to COVID-19” (2021), <https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/pdf/states-waiving-licensure-requirements-for-telehealth-in-response-to-covid-19.pdf>.
- 12 B.C.E. Dooling y L.E. Stanley, “Extending Pandemic Flexibilities for Opioid Use Disorder Treatment: Telemedicine and Initiating Buprenorphine Treatment” (George Washington Regulatory Studies Center, 2021), <https://regulatorystudies.columbia.gwu.edu/telemedicine-initiating-buprenorphine-treatment>; B.C.E. Dooling y L.E. Stanley, “Extending Pandemic Flexibilities for Opioid Use Disorder Treatment: Unsupervised Use of Opioid Treatment Medications” (George Washington Regulatory Studies Center, 2021), <https://regulatorystudies.columbia.gwu.edu/unsupervised-use-opioid-treatment-medications>.
- 13 Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, “Physician and Professional Services”, modificado por última vez el 2 de septiembre de 2021, [https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET\\_DYNAMIC\\_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=id\\_008926#Telemedicine](https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=id_008926#Telemedicine); Departamento de Servicios Humanos de Minnesota, “Telemedicine”, 19 de octubre de 2017, [https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET\\_DYNAMIC\\_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS-296422](https://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=DHS-296422).
- 14 M.L. Barnett, D. Lee y R.G. Frank, “In Rural Areas, Buprenorphine Waiver Adoption Since 2017 Driven by Nurse Practitioners and Physician Assistants”, *Health Affairs* 38, n.º 12 (2019): 2048-56, <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2019.00859>; J. Wedeles, “Analysis of Buprenorphine Prescribing Patterns Among Advanced Practitioners in Medicaid” (presentación, Medicaid and CHIP Payment and Access Commission, octubre de 2019), <https://www.macpac.gov/publication/analysis-of-buprenorphine-prescribing-patterns-among-advanced-practitioners-in-medicaid/>; C.A. Grimm, “Geographic Disparities Affect Access to Buprenorphine Services for Opioid Use Disorder” (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina del Inspector General, 2020), <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-12-17-00240.pdf>.
- 15 Departamento de Servicios de Atención Médica de California, “Medicine: Telehealth” (2020), <https://files.medi-cal.ca.gov/pubsdoco/Publications/masters-MTP/Part2/mednetele.pdf>.
- 16 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, “Rural Health Care and Medicaid Telehealth Flexibilities, and Guidance Regarding Section 1009 of the Substance Use-Disorder Prevention That Promotes Opioid Recovery and Treatment (SUPPORT) for Patients and Communities Act (Pub. L. 115-271), Entitled Medicaid Substance Use Disorder Treatment Via Telehealth” (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2020), <https://www.medicaid.gov/sites/default/files/Federal-Policy-Guidance/Downloads/cib040220.pdf>.
- 17 E. Weintraub et al., “Expanding Access to Buprenorphine Treatment in Rural Areas With the Use of Telemedicine”, *The American Journal on Addictions* 27, n.º 8 (2018): 612-17, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ajad.12805>.
- 18 C.M. Jones et al., “Characteristics and Correlates of U.S. Clinicians Prescribing Buprenorphine for Opioid Use Disorder Treatment Using Expanded Authorities During the COVID-19 Pandemic”, *Drug and Alcohol Dependence* 225 (2021): 108783, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108783>.
- 19 C. Shachar, J. Engel y G. Elwyn, “Implications for Telehealth in a Postpandemic Future: Regulatory and Privacy Issues”, *JAMA* 323, n.º 23 (2020): 2375-76, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7943>.
- 20 F.A. Wilson et al., “An Examination of Private Payer Reimbursements to Primary Care Providers for Healthcare Services Using Telehealth, United States 2009-2013” (Centro Médico de la Universidad de Nebraska, 2016), [https://www.researchgate.net/publication/295547563\\_An\\_Examination\\_of\\_Private\\_Payer\\_Reimbursements\\_to\\_Primary\\_Care\\_Providers\\_for\\_Healthcare\\_Services\\_Using\\_Telehealth\\_United\\_States\\_2009-2013](https://www.researchgate.net/publication/295547563_An_Examination_of_Private_Payer_Reimbursements_to_Primary_Care_Providers_for_Healthcare_Services_Using_Telehealth_United_States_2009-2013).
- 21 C. Ellimoottil, “Understanding the Case for Telehealth Payment Parity”, *Health Affairs* (blog), <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20210503.625394/full/>.
- 22 Ibid.
- 23 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), “COVID-19 Frequently Asked Questions (FAQs) for State Medicaid and Children’s

- Health Insurance Program (CHIP) Agencies” (2021), <https://www.medicaid.gov/state-resource-center/downloads/covid-19-faqs.pdf>.
- 24 G. Weigel et al., “Opportunities and Barriers for Telemedicine in the U.S. During the COVID-19 Emergency and Beyond” (Kaiser Family Foundation, 2020), <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/opportunities-and-barriers-for-telemedicine-in-the-u-s-during-the-covid-19-emergency-and-beyond/>.
- 25 Ibid.
- 26 Ibid.
- 27 Telesalud; Proveedores de atención médica; requisitos, H.B. 2454, Legislatura Estatal de Arizona (2021), <https://legiscan.com/AZ/text/HB2454/id/2391998>.
- 28 Ibid.
- 29 C.A. Grimm, “Geographic Disparities Affect Access to Buprenorphine Services for Opioid Use Disorder” (Departamento de Salud de Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina del Inspector General, 2020), <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-12-17-00240.pdf>.
- 30 M.W. Kwong, “State Telehealth Laws and Reimbursement Policies” (Center for Connected Health Policy [Centro para Política de Salud Conectada], 2021), [https://cchp.nyc3.digitaloceanspaces.com/2021/04/Spring2021\\_ExecutiveSummary.pdf](https://cchp.nyc3.digitaloceanspaces.com/2021/04/Spring2021_ExecutiveSummary.pdf); Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur, “Physicians Services Provider Manual” (2021), <https://www.scdhhs.gov/internet/pdf/manuals/Physicians/Manual.pdf>.
- 31 B. Doolittle y W. Becker, “A Case Series of Buprenorphine/Naloxone Treatment in a Primary Care Practice”, *Substance Abuse* 32, n.º 4 (2011): 262-65, <https://doi.org/10.1080/08897077.2011.599256>; E.P. Bhatraju et al., “Public Sector Low Threshold Office-Based Buprenorphine Treatment: Outcomes at Year 7”, *Addiction Science & Clinical Practice* 12, n.º 1 (2017): 7-7, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28245872> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331716/>.
- 32 N.L. Sohler et al., “Home- Versus Office-Based Buprenorphine Inductions for Opioid-Dependent Patients”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 38, n.º 2 (2010): 153-59, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074054720900124X>.
- 33 Inspector de Estatutos de Missouri, título 12, Salud Pública y Bienestar Social; capítulo 208.670, sección 191.1145(6)—Práctica de la telesalud. definiciones—Reembolso a proveedores (2018), <https://revisor.mo.gov/main/OneSection.aspx?section=208.670&bid=35040&hl=>.
- 34 Legislatura Estatal de Washington, Reembolso de un servicio de atención médica prestado a través de la telesalud o la tecnología de almacenamiento y envío—Telesalud en formato de audio, Código Revisado de Washington, título 74, capítulo 74.09, sección 74.09.325, <https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=74.09.325>.
- 35 Kwong, “State Telehealth Laws”.
- 36 Legislatura Estatal de Washington, Reembolso de un servicio de atención médica.
- 37 S.A. Clark et al., “Using Telehealth to Improve Buprenorphine Access During and After COVID-19: A Rapid Response Initiative in Rhode Island”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 124 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108283>.
- 38 Comisión Federal de Comunicaciones, “FCC Annual Broadband Report Shows Digital Divide Is Rapidly Closing” (2021), <https://www.fcc.gov/document/fcc-annual-broadband-report-shows-digital-divide-rapidly-closing>.
- 39 J.A. Rodriguez et al., “Differences in the Use of Telephone and Video Telemedicine Visits During the COVID-19 Pandemic”, *The American Journal of Managed Care* 27, n.º 1 (2021), <https://www.ajmc.com/view/differences-in-the-use-of-telephone-and-video-telemedicine-visits-during-the-covid-19-pandemic>.
- 40 R.P. Pierce y J.J. Stevermer, “Disparities in Use of Telehealth at the Onset of the COVID-19 Public Health Emergency”, *Journal of Telemedicine and Telecare* (2020): 1-7, <https://doi.org/10.1177/1357633X20963893>.
- 41 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, “Revisions to Payment Policies Under the Medicare Physician Fee Schedule Quality Payment Program and Other Revisions to Part B for CY 2022”, 23 de julio de 2021, <https://www.cms.gov/medicaremedicare-fee-service-paymentphysicianfeeschedpfs-federal-regulation-notices/cms-1751-p>.
- 42 Center for Connected Health Policy (Centro para Política de Salud Conectada), “Email, Phone & Fax”, <https://www.cchpca.org/topic/email-phone-fax/>.
- 43 Código de Regulaciones de Colorado, Servicios médicos, dentales, oftalmológicos, Programa de gestión de la atención de Medicaid, EPSDT—10 CCR 2505-10 8.200, <https://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=9296&fileName=10%20CCR%202505-10%208.200>.
- 44 D. Larsen et al., “Prison Telemedicine and Telehealth Utilization in the United States: State and Federal Perceptions of Benefits and Barriers”, *Telemedicine Journal and e-Health* 10 suplemento 2 (2004): S-81-9, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23570218/>.
- 45 A. Duncan et al., “Adaptations to Jail-Based Buprenorphine Treatment During the COVID-19 Pandemic”, *Journal of Substance Abuse Treatment* 121 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108161>.

- 46 Ibid.
- 47 C.J. Donelan et al., "COVID-19 and Treating Incarcerated Populations for Opioid Use Disorder", *Journal of Substance Abuse Treatment* 124 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108216>; E. Hayes, Cárcel del condado de Franklin, correo electrónico a The Pew Charitable Trusts, 13 de mayo de 2021.
- 48 Hayes, correo electrónico.
- 49 Institutos Nacionales de Salud, "About the Justice Community Opioid Innovation Network, Q&A with NIDA's Dr. Tisha Wiley", <https://heal.nih.gov/news/stories/QandA-with-Tisha-Wiley>; Institutos Nacionales de Salud, "Justice Community Opioid Innovation Network", modificado por última vez el 27 de septiembre de 2021, <https://heal.nih.gov/research/research-to-practice/jcoin>.
- 50 Institutos Nacionales de Salud, "Could a Telehealth Program Improve Outcomes for Justice-Involved Women?" <https://heal.nih.gov/news/stories/wjcoin>.
- 51 Ibid.
- 52 N. Zaller y L. Brinkley-Rubinstein, "MOUD Provision in Correctional Settings During Time of COVID-19: Prevention and Solutions", *Journal of Addiction Medicine* 14, n.º 6 (2020): e290-e92, [https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Abstract/2020/12000/MOUD\\_Provision\\_in\\_Correctional\\_Settings\\_During.9.aspx](https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/Abstract/2020/12000/MOUD_Provision_in_Correctional_Settings_During.9.aspx).
- 53 Duncan et al., "Adaptations to Jail-Based Buprenorphine Treatment"; Zaller y Brinkley-Rubinstein, "MOUD Provision in Correctional Settings".
- 54 Weigel et al., "Opportunities and Barriers".
- 55 Ibid.
- 56 Center for Connected Health Policy (Centro para Política de Salud Conectada), "National Telehealth Resource Center Partners", <https://www.cchpca.org/telehealth-resource-centers/>.
- 57 Center for Connected Health Policy (Centro para Política de Salud Conectada), "Policy Trend Maps: Live Video Medicaid Reimbursement" (2021), <https://www.cchpca.org/policy-trends/>.
- 58 Comisión Federal de Comunicaciones, "Fourteenth Broadband Deployment Report".
- 59 J. Chuo, M.L. Macy y S.A. Lorch, "Strategies for Evaluating Telehealth", *Pediatrics* 146, n.º 5 (2020): e20201781, <http://pediatrics.aappublications.org/content/146/5/e20201781.abstract>.
- 60 Gobernador de Washington Jay Inslee, "Washington, Colorado, Nevada and Oregon Announce Coordination on Telehealth", comunicado de prensa, 5 de agosto de 2020, <https://www.governor.wa.gov/news-media/washington-colorado-nevada-and-oregon-announce-coordination-telehealth>.
- 61 Ibid.

---

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

---

**Contacto:** Erin Davis, gerente de 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.