

Cómo los estados y los condados pueden ayudar a las personas con trastorno por consumo de opioides a reinserirse en la comunidad

Las personas necesitan acceder a un tratamiento de eficacia comprobada y una atención constante con posterioridad a la liberación

Resumen

Al menos el 95 % de las personas en prisiones estatales regresarán a la comunidad en algún momento. De hecho, en un año típico, más de medio millón de personas lo hacen, junto con muchos otros que son liberados de cárceles locales. Según los últimos datos disponibles, de 2007 a 2009, una cantidad desproporcionalmente alta de estas personas padece una o más enfermedades crónicas, e incluso más de la mitad reúne los criterios de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (SUD, por sus siglas en inglés) no relacionado con la nicotina ni el alcohol. Sin embargo, en la actualidad, es probable que estos porcentajes sean mucho más altos debido a lo que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos han descrito como la epidemia de opioides actual.

La perspectiva de reinserción exitosa de estas personas se ve muy afectada por su posibilidad de acceder a servicios de atención médica tras la liberación, en particular, al tratamiento del SUD.¹ La oportunidad de acceder a atención médica es vital, ya que el momento inmediatamente posterior a la liberación puede ser especialmente peligroso en cuanto al riesgo de sobredosis. Las personas que no consumieron, o prácticamente no consumieron, opioides durante su reclusión exhiben una menor tolerancia a esta droga y, por eso, corren más riesgo de sufrir una sobredosis si retoman el consumo a los niveles habituales anteriores.

Los legisladores deben tomar las siguientes medidas para maximizar las probabilidades de reinserción exitosa de las personas con SUD que son liberadas de las cárceles y prisiones:

- Asignar fondos suficientes para que las cárceles y prisiones implementen el máximo estándar de atención basada en evidencia para tratar los trastornos por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés): uno de los tres medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) —es decir, metadona, buprenorfina o naltrexona—, en combinación con el apoyo psicológico que sea necesario. (En un informe complementario de The Pew Charitable Trusts, “Tratamiento del trastorno por consumo de opioides en cárceles y prisiones”, se aborda esta temática en profundidad).
- Implementar políticas que posibiliten la inscripción de las personas que reúnen los criterios de admisión a Medicaid al momento de la liberación.
- Asignar fondos para que un número suficiente de miembros del personal de reinserción de cárceles y prisiones garantice que las personas que dejan estos establecimientos hayan participado en actividades de planificación para la liberación, las cuales deberían incluir una evaluación de las necesidades, conexión con servicios de atención médica y capacitación orientada al autocontrol. Las actividades de planificación de la reinserción siempre son beneficiosas, independientemente de que una persona haya recibido o no tratamiento para el OUD durante su encarcelación.²
- Priorizar la financiación y el desarrollo de una infraestructura de datos de alcance estatal para facilitar el intercambio de información de salud en distintos contextos, incluso entre programas correccionales, centros de atención médica comunitaria y servicios sociales comunitarios.

Si bien algunos procesos de reinserción se adaptan mejor a las sentencias más prolongadas y las fechas de liberación más predecibles que caracterizan a la estancia en prisión, los asesores de reinserción de las cárceles deberían comenzar a trabajar con los reclusos desde el momento en que ingresan al establecimiento, y aprovechar su familiaridad con los recursos de la comunidad en la que estos se reinsertarán, muchas veces, en un plazo breve.

Definición de cárceles y prisiones

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

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

Por qué es importante conectar a las personas liberadas con la atención comunitaria

Los sistemas sanitarios correccionales y las comunidades exteriores comparten un profundo interés por facilitar el acceso de las personas a la atención comunitaria al momento de la liberación. Ambos sistemas están motivados por las consecuencias que tienen sobre la salud pública las afecciones que prevalecen en la población penal, además de las probabilidades que existen de que las enfermedades crónicas mal tratadas deriven en visitas a los servicios de urgencias y hospitalizaciones onerosas y evitables tras la liberación.³ Para las numerosas personas con OUD que son liberadas de un establecimiento correccional, una conexión exitosa con un programa de tratamiento puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Diferencias clave entre cárceles y prisiones

Las cárceles se diferencian de las prisiones en muchos sentidos, y de esto dependen las opciones viables en materia de tratamiento en reclusión y planificación para la reinserción. Por ejemplo, cada semana durante el 2017, hubo un recambio de más de la mitad (54 %) de la población carcelaria del país. Muchas personas son liberadas casi sin un aviso previo (a ellas mismas, a sus familiares o a las autoridades de la cárcel), debido a sentencias judiciales u otras razones. Por el contrario, en las prisiones, las personas cumplen sentencias mínimas de un año, y se conocen las fechas de liberación con mucha anticipación.⁴ Asimismo, las personas que son liberadas de prisiones estatales, que a menudo están situadas en ubicaciones remotas, suelen atravesar todo el estado, mientras que las que salen de las cárceles vuelven a las comunidades cercanas, lo que permite a los encargados de la planificación para la reinserción familiarizarse con sus recursos comunitarios.

Existen, por lo menos, cuatro componentes centrales que pueden facilitar el acceso a la atención para las personas que están a punto de regresar a la comunidad:

- Financiación continua, consecuyente y de gran aceptación para brindar atención constante, por lo general, por medio de la cobertura de salud.
- Planificación integral y específica para cada persona, orientada a la liberación y realizada en la cárcel o prisión.
- Infraestructura de datos sólida y de alcance estatal, que permita la coordinación y el intercambio de información entre los actores del sistema de la justicia penal, los sistemas de salud comunitarios y las aseguradoras de salud.
- Proveedores de programas de tratamiento de alta calidad y físicamente accesibles, que conozcan y tengan en cuenta el idioma, la cultura y las creencias del paciente.

Cobertura de seguro médico

El Gobierno federal y otras partes involucradas han instado encarecidamente a los estados y a las localidades a incorporar la inscripción a Medicaid a sus iniciativas correccionales de planificación para la liberación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) instan a “los establecimientos correccionales y otras agencias estatales, locales o tribales a asumir un rol activo para preparar a las personas encarceladas para su liberación facilitándoles el proceso de solicitud antes de su salida o brindándoles asistencia al respecto”.⁵

La Ley de Atención Médica Asequible de 2010 abrió una oportunidad para que los estados amplíen sus criterios de elegibilidad para inscribirse a Medicaid, de manera tal que, por primera vez, casi todas las personas encarceladas fueran aptas para entrar al programa tras la liberación. Desde octubre de 2019, 36 estados y el distrito de Columbia han optado por la ampliación (Idaho, Nebraska y Utah aún no la han implementado). Sin embargo, en el resto de los estados, solo unas pocas personas que son liberadas de la cárcel o prisión reúnen los criterios de inscripción al programa de Medicaid de su estado, y la gran mayoría suele regresar a su comunidad sin cobertura médica.⁶

Además de modificar los criterios de inscripción a Medicaid, los estados pueden tomar otras medidas para asegurarse de que las personas que salen de la prisión y de la cárcel puedan acceder a esta cobertura.

Suspender o limitar la cobertura de aquellas personas que estaban inscritas a Medicaid al ser encarceladas

Los CMS recomiendan a los estados no dar de baja la cobertura de los inscritos durante su encarcelación en establecimientos correccionales, sino suspenderla hasta el momento de la liberación.⁷ La suspensión puede ser útil para reactivar la cobertura de Medicaid de la persona de forma oportuna o incluso inmediata al momento de su reinserción en la comunidad, y evitar que el Departamento de Correcciones (DOC, por sus siglas en inglés) deba ayudar a las personas a generar una nueva solicitud antes de la liberación (y que la agencia de Medicaid deba procesarla).

Implementar una política para suspender la cobertura de Medicaid tras la encarcelación en lugar de darla de baja es especialmente importante en el caso de las estadías carcelarias cortas. Por ejemplo, en las cárceles de Texas, la inscripción no se suspende hasta que la persona no ha estado encarcelada durante un mínimo de 30 días, lo que conlleva una cantidad mucho menor de informes relativos al cambio de estado para la agencia estatal de Medicaid.⁸

Procesos de solicitud

De conformidad con las directrices de la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, las cárceles del condado de Cook, Illinois (Chicago), y Filadelfia abordan la impredecibilidad de la liberación de sus establecimientos iniciando una solicitud de Medicaid cuando alguien ingresa a la cárcel. Declaran que “la planificación de la reinserción debe comenzar al procesar a la persona que ingresa a la cárcel” y explican que “posteriormente, deben realizarse análisis y evaluaciones periódicas para reunir información para los servicios de reinserción”.⁹

Los estados establecen normas acerca de los documentos de solicitud necesarios (como licencia de conducir o partida de nacimiento y comprobación de ingresos) para la inscripción a Medicaid, y esto puede significar un impedimento para las personas encarceladas, ya que no suelen tener acceso a los medios de identificación oficiales usados habitualmente. Algunos estados aprovechan las normas federales que permiten documentación alternativa, como una identificación de prisión emitida por el estado, en lugar de una identificación en formato físico.

Los estados también pueden permitir que las cárceles y prisiones apliquen la presunción de elegibilidad: una política que autoriza la inscripción temporal de una persona a Medicaid en función de cierta información clave y antes de que se tome una determinación oficial respecto de la elegibilidad. Por ejemplo, en Connecticut, los solicitantes que son liberados de los establecimientos de forma imprevista completan una solicitud de Medicaid abreviada y reciben un comprobante que les permite obtener una receta mientras la solicitud completa está bajo revisión.¹⁰ La presunción de elegibilidad puede ser una herramienta útil para acelerar la cobertura tras la liberación, en especial, para pagar los servicios durante las primeras semanas, que es el período más peligroso.

Alternativas a la cobertura de Medicaid

En los estados que no han ampliado los criterios de elegibilidad de Medicaid, por lo general, las personas que son liberadas de la cárcel o la prisión regresan a sus comunidades sin cobertura médica. Sin embargo, existen algunos proveedores sanitarios con los cuales los asesores de reinserción podrían conectar a las personas, sin importar su estado respecto de la cobertura. Cada estado cuenta con una agencia central que celebra contratos con los proveedores que ofrecen tratamiento para las personas con SUD y/o enfermedades mentales. Si bien este tipo de programas sirve para achicar una brecha terapéutica fundamental, no aborda otras preocupaciones de salud, como la hepatitis C, el VIH o la diabetes.

Otra opción valiosa del sistema de justicia penal a la que pueden recurrir los asesores de reinserción para los veteranos militares es la Administración de Salud de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), que cuenta con 1.255 centros en el país.¹¹ Aunque los servicios de la VA están disponibles para todos los veteranos, son particularmente útiles para quienes no son elegibles para inscribirse en el programa de Medicaid de su estado. El marco general del programa de Extensión de Justicia para Veteranos de la VA ofrece médicos especializados, quienes interactúan con las autoridades de las cárceles y las prisiones para identificar a los veteranos encarcelados, ayudar con el acceso a los recursos y coordinar la atención, incluida la reinserción.¹²

Planificación para la liberación de prisión

Sobre la base de una evaluación de prácticas alentadoras de planificación para la liberación, se determinó que los asesores de reinserción capacitados deben trabajar a fin de desarrollar un plan de reinserción personalizado que incluya lo siguiente:

- Una evaluación de las necesidades médicas continuas de la persona.
- Un mapeo, o plan de atención, que indique cómo la persona podrá abordar dichas necesidades.
- Una confirmación de la realización de consultas de seguimiento específicas (con los arreglos de traslado necesarios también confirmados) con, al menos, un médico de atención primaria y un proveedor que pueda recetar uno de los tres medicamentos aprobados por la FDA.
- La transferencia de los historiales médicos y farmacológicos de la persona a un médico de atención primaria.
- La entrega de naloxona, un medicamento aprobado por la FDA para tratar la sobredosis de opioides, por parte de la cárcel o la prisión, según corresponda.
- Capacitación orientada al autocontrol para ayudar a la persona liberada a manejar, supervisar y tratar sus afecciones crónicas.

Los administradores de cárceles muy pocas veces reciben notificaciones con varios meses de anticipación para poder desarrollar un plan de reinserción y, en muchos casos, no saben cuándo se producirá una liberación debido a una sentencia judicial. No obstante, las estadías más cortas, que caracterizan a los confinamientos carcelarios, también deberían ser menos disruptivas respecto del apoyo comunitario y los arreglos de atención que estaban en vigencia al momento de la encarcelación. Los administradores de cárceles deben centrarse en ayudar a las personas a conservar su cobertura, medicamentos de venta con receta, alojamiento y empleo, y deben comenzar a ayudar al resto para que los obtengan ya desde el momento en el que ingresan al establecimiento.

Modelos alentadores de planificación para la liberación

A principios de 2018, el DOC de Nueva Jersey presentó un programa de apoyo de pares con fondos estatales para brindar ayuda a las personas con SUD que están por ser liberadas de prisión. Las personas encarceladas son derivadas por un proveedor médico de la prisión al programa Apoyo Terapéutico Intensivo para la Recuperación (IRTS, por sus siglas en inglés) de Rutgers University Behavioral Health Care (Rutgers University Correctional Health Care es el proveedor sanitario global del DOC de Nueva Jersey), o también pueden anotarse en el programa por sus propios medios. Seis meses antes de la liberación, se conecta a los participantes del programa con un par que trabaja con ellos para desarrollar un plan que incluye el tratamiento del SUD, el empleo, el alojamiento y otros componentes de la reinserción. La pareja sigue trabajando durante los 12 meses posteriores a la liberación, y el par acompaña al cliente a las consultas y lo ayuda con la recuperación. Los tres equipos de Nueva Jersey cuentan con 10 pares (con una capacidad de trabajo de 20 clientes cada uno), 2 consejeros que ayudan a los participantes a adaptarse a la vida diaria y a las expectativas de la comunidad, un/a enfermero/a, un/a supervisor/a y un/a prescriptor/a de medicamentos para tratar el OUD que trabaja con una modalidad de tiempo parcial. Hace poco, se han sumado tres pares para reunirse con las personas recientemente encarceladas en el momento de la orientación y hablar sobre el programa local de tratamiento del OUD del DOC, en el cual se proporcionan los tres medicamentos aprobados disponibles. Para ser considerados para el trabajo, los pares deben haber estado en recuperación por un SUD durante, al menos, cinco años y deben llevar cinco años fuera de la cárcel o la prisión, incluida la libertad condicional. Rutgers ha organizado una evaluación externa del programa IRTS.¹³

En agosto de 2019, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts presentó un programa de demostración por medio de MassHealth, el programa de Medicaid de Massachusetts, que ofrece servicios de reinserción intensivos para algunas de las personas que son liberadas de las cárceles de los condados de Middlesex y Worcester, una prisión estatal que libera personas en esos condados y aquellos individuos que están en libertad condicional o período de prueba también en esos lugares.¹⁴ Las personas elegibles deben tener un trastorno de salud conductual grave, un SUD o enfermedades coexistentes. Las entidades de justicia que participan en el programa son responsables de identificar y derivar a las personas a dos proveedores que prestan servicios de salud conductual sin fines de lucro. El personal de estas organizaciones realiza visitas presenciales a los participantes en los establecimientos correccionales, o se reúne con ellos en las oficinas de libertad condicional y períodos de prueba. Estas organizaciones se encargan de brindar apoyo intensivo a esta población con necesidades críticas, lo cual incluye asistirlos para concertar consultas con proveedores de servicios médicos y de salud conductual, acceder a servicios y beneficios sociales, y obtener alojamiento estable tras la liberación. El programa (actualmente financiado con dólares estatales y sin financiación federal complementaria) comenzó en dos cárceles, con el objetivo de expandirse por todo el estado en 2021.

Utilización de las MCO de Medicaid para la planificación de la liberación

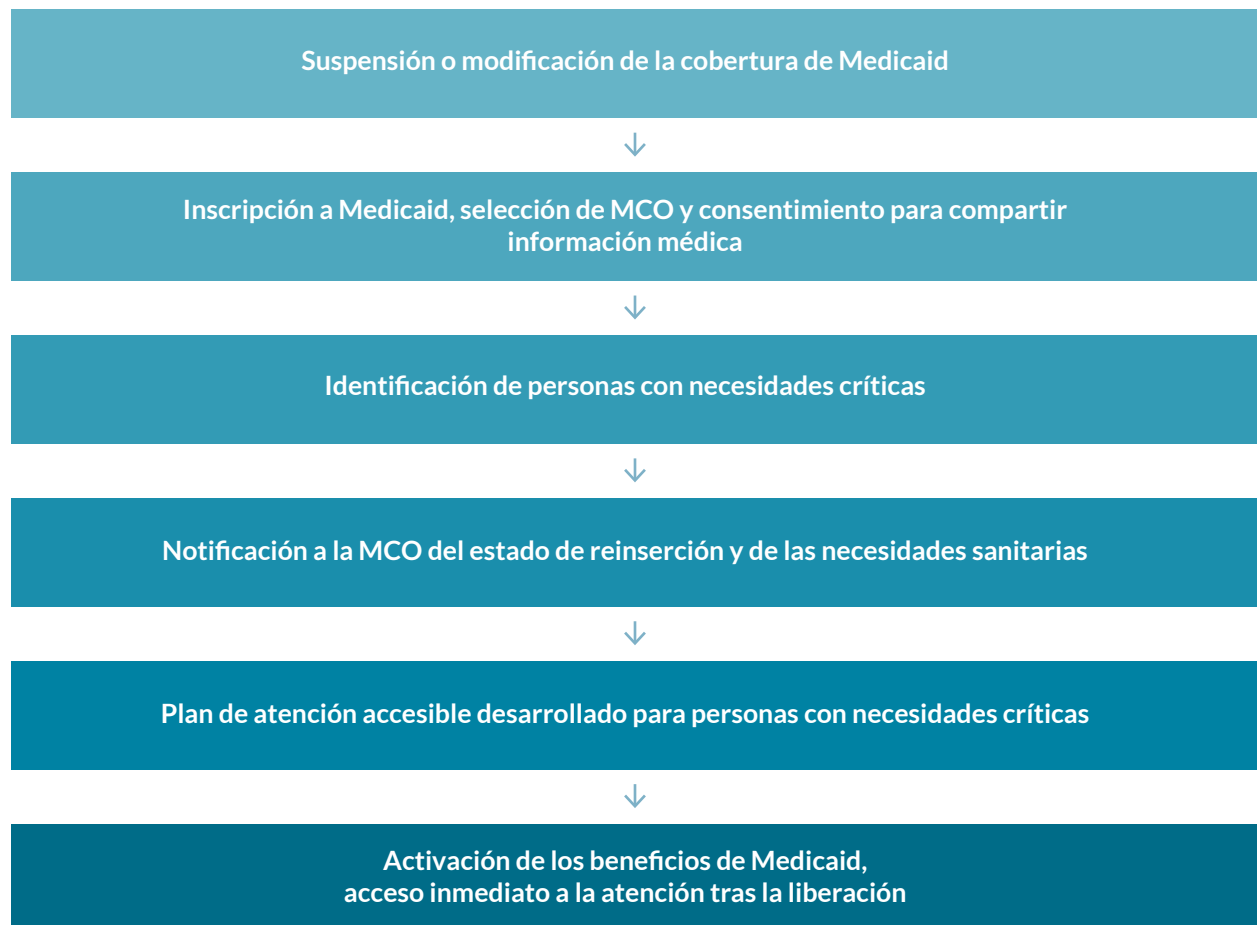
Los estados que utilizan las organizaciones de asistencia sanitaria gestionada (MCO, por sus siglas en inglés) de Medicaid para prestar beneficios y otros servicios a sus inscritos (es decir, la mayoría de los estados) deberían incluir activamente a estas organizaciones en el proceso de liberación.¹⁵ El Departamento de Corrección y Rehabilitación de Ohio (ODRC) se asoció con la agencia estatal de Medicaid para comenzar la inscripción de aquellas personas a punto de ser liberadas de prisión y facilitar la selección de la MCO de cada persona. La MCO debe proporcionar varios servicios de gestión de asistencia sanitaria a todos los inscritos con "necesidades críticas urgentes", lo que incluye a las personas que padecen un SUD y una segunda afección crónica.¹⁶ Los antecedentes médicos de las personas del ODRC que reúnan estos criterios se comparten con el personal de la MCO elegida. Luego, tal personal usa estos datos para desarrollar planes de transición previos a la liberación, contactarse (por teléfono o videoconferencia) con la persona a punto de ser liberada para revisar los planes y realizarles ajustes, y efectuar un seguimiento de la persona dentro de los cinco días siguientes a su liberación.¹⁷ En Luisiana, Medicaid lanzó un programa de reinserción similar en enero de 2017 para personas con SUD grave o moderado, enfermedades mentales graves, cáncer, VIH o discapacidades.¹⁸

Para complementar el conjunto de servicios de Medicaid cubiertos en Ohio, desde 2016, el Departamento de Servicios de Salud Mental y Adicciones de ese estado ofrece un programa de reinserción especializado, el Programa de Transición Comunitario, el cual está destinado a personas que tienen antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y que han participado en programas relacionados con este tipo de consumo durante su encarcelación. Este programa está disponible en todo el estado a través de la red de consejos de servicios de salud mental, alcohol y drogadicción, y presta servicios para la recuperación, incluido el contacto previo a la liberación con un coordinador de atención de la MCO elegida por la persona, una consulta programada posterior a la liberación con un proveedor de salud conductual comunitario, servicios de recuperación con apoyo de pares, subvención y apoyo para la vivienda, asistencia para el empleo y el transporte, prevención continua contra recaídas y servicios de gestión de asistencia sanitaria. También brinda acceso a fondos para garantizar la identificación estatal y federal crítica, como partidas de nacimiento y tarjetas del Seguro Social.

El Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky también ha implementado un plan de reinserción piloto destinado específicamente a las personas con SUD o enfermedades mentales que salen de prisión. Las MCO que prestan servicios bajo un contrato celebrado con el programa estatal de Medicaid colaboran con el DOC de Kentucky, Medicaid y proveedores de salud conductual comunitarios para identificar a las personas que se reinsertarán en la comunidad y que han sido asignadas a una MCO antes de la liberación, y coordinan la atención y las derivaciones a los servicios de salud conductual comunitarios.¹⁹

Figura 1

Un proceso para obtener o reactivar la cobertura de salud y la inscripción a la asistencia sanitaria gestionada en algunas prisiones estatales



El rol de un sistema de datos sólido de alcance estatal

Muchas de las personas que cumplen sentencias en cárceles y prisiones tienen bajos ingresos y padecen enfermedades crónicas, incluidos los SUD, e interactúan con muchas agencias del condado, estatales, federales y no gubernamentales a lo largo de su vida. Por razones históricas y de confidencialidad, todas estas agencias suelen tener sistemas autónomos de datos que son incapaces de intercambiar información de forma sencilla y confidencial; sin embargo, un sistema sin tales limitaciones podría ser el factor más importante para alcanzar la meta de una reinserción sin problemas. Por ejemplo, cuando no se entregan a la MCO y a los proveedores comunitarios los antecedentes médicos recientes de la persona que ha sido liberada, esta se verá forzada a repetir los análisis, pruebas y evaluaciones que tal vez ya se ha realizado con el objeto de determinar el diagnóstico y el plan de tratamiento. Asimismo, los condados y los estados no pueden determinar la eficacia de los procesos sanitarios de reinserción de las personas con OUD si las MCO y los administradores de Medicaid no pueden identificar a los nuevos inscritos que llegan del sistema de justicia penal.

Aunque las cárceles y las prisiones no puedan crear un sistema de datos de alcance estatal por sus propios medios, los funcionarios pueden abogar por la creación de uno y señalar los beneficios que esto implicaría para las personas que ingresan al sistema de justicia penal y para las agencias de las que suelen recibir servicios. Mientras tanto, las cárceles y las prisiones pueden establecer un proceso para transmitir de forma segura la información de salud importante de una persona y de los medicamentos que toma a sus proveedores y seguros médicos futuros.

Tratamiento

Sinergias entre los proveedores comunitarios y los proveedores sanitarios en cárceles o prisiones

Uno de los abordajes para facilitar la continuidad de la atención es contratar a un proveedor comunitario (como un Departamento de Salud Pública o un proveedor sanitario que preste servicios a una gran cantidad de pacientes con cobertura pública y sin cobertura) para que asuma la tarea de proporcionar atención sanitaria en las cárceles y las prisiones. Este acuerdo tiene ventajas importantes, ya que las personas encarceladas suelen recibir la atención sanitaria comunitaria de estos proveedores, por lo que puede ser eficiente contar con historias clínicas compartidas, grupos similares de productos farmacéuticos preferidos o la utilización de los mismos médicos en los distintos centros.

A continuación, se enumeran algunos ejemplos de cárceles que usan la red de seguridad de proveedores sanitarios de sus ciudades: la cárcel del condado de Cook, Illinois (Cook County Health); la cárcel del condado de Dallas, Texas (Sistema de Salud y Hospitales de Parkland); las cárceles de la ciudad y condado de Denver (Denver Health); y la cárcel de la isla Rikers en la Ciudad de Nueva York (Corporación de Salud y Hospitales de la Ciudad de Nueva York). El Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles y el Departamento de Salud del condado de Multnomah (Portland, Oregón) hacen lo mismo en las cárceles de sus condados. Sin embargo, las cárceles no necesariamente deben ser grandes establecimientos urbanos para usar este tipo de acuerdo; uno de los primeros ejemplos fue el condado de Hampden, Massachusetts (Springfield), que contrató su propio servicio sanitario carcelario del centro de salud comunitario de Baystate Brightwood. Los médicos del centro ya brindaban atención sanitaria a muchas de las personas que circulaban por la cárcel del condado.

Los DOC en Rhode Island y Delaware contratan al proveedor de atención de SUD más grande del estado para cubrir una parte o la totalidad de la atención sanitaria de la prisión. Rhode Island descubrió que la tasa de mortalidad por sobredosis de drogas de las personas liberadas cayó en un 60,5 % tras introducir en sus prisiones la administración de los tres medicamentos aprobados por la FDA. Es probable que el hecho de que Rhode Island contratara a un proveedor que cerró la brecha entre la prisión y la comunidad haya contribuido a lograr una importante reducción de la tasa de mortalidad por sobredosis, ya que uno de los mayores desafíos de la planificación de la reinserción es poder identificar a un proveedor terapéutico adecuado y disponible para continuar sin interrupciones el tratamiento iniciado durante la encarcelación.²⁰

Proveedores especializados para las personas que salen de la cárcel o la prisión

La agencia de Medicaid en Arizona ha abordado las necesidades de salud y reinserción específicas de la encarcelación al establecer 12 clínicas sanitarias en oficinas de libertad condicional y períodos de prueba ubicadas en distintos puntos del estado, las cuales ofrecen atención física y conductual integrada, incluidos los tres tipos de medicamentos, pruebas e investigación de antecedentes previas al empleo, alojamiento y asistencia alimentaria.²¹ La razón para reunir los servicios de atención sanitaria en las oficinas de libertad condicional y períodos de prueba es totalmente práctica: a cualquier persona le resulta más conveniente cumplir con una cita médica programada si esta se realiza en un sitio al que ya está obligada a ir. La agencia de Medicaid en Arizona también exige que cada MCO contratada designe a un nexo de justicia que coordine todos los asuntos relacionados con los inscritos que estuvieron encarcelados recientemente.

Las clínicas de transición son un grupo emergente de proveedores sanitarios privados sin fines de lucro, creado específicamente para abordar los numerosos desafíos de salud, entre otras cuestiones, que enfrentan las personas que buscan reinsertarse en las zonas urbanas. Estas clínicas constituyen una red nacional de hogares médicos para las personas con enfermedades crónicas que han recuperado la libertad recientemente. Se basan en la idea de que las personas que están más cerca del problema también lo están de la solución, y las clínicas que adoptan este modelo emplean a un trabajador de salud comunitario con antecedentes de encarcelación para ser parte del equipo médico.²² La red cuenta con 25 clínicas en 11 estados y Puerto Rico, ubicadas en las comunidades con menos recursos a las que comúnmente regresan las personas al ser liberadas.

Emplear la asistencia de personal de supervisión comunitaria

En algunos estados, la atención sanitaria se ha convertido en un elemento cada vez más importante de la labor de las oficinas de libertad condicional y períodos de prueba. A los oficiales se les asignan casos específicos, como personas con enfermedades mentales, delincuentes sexuales o delincuentes procesados por violencia doméstica. A los estados puede resultarles útil asignar determinados oficiales a las personas con SUD, para que puedan familiarizarse con los proveedores locales, los hogares de vida sobria y otros servicios de apoyo que fomentan el cumplimiento terapéutico en estos casos. De lo contrario, deberían capacitar a todo el personal para que se familiarice con estos servicios. También se les puede asignar a los oficiales de libertad condicional la tarea de asistir a los asesores de reinserción de las prisiones del estado a fin de identificar profesionales sanitarios locales y coordinar citas médicas con ellos para determinadas personas que se están reinsertando en la comunidad.

Los oficiales de libertad condicional de Misuri son responsables de instar a las personas que recibieron una inyección de naltrexona a que obtengan inyecciones adicionales antes de salir de una prisión estatal.²³ Luisiana encarga a sus oficiales de libertad condicional la tarea de verificar que se despachen todas las recetas emitidas y se cumplan las citas médicas.²⁴ Arizona ha establecido varias clínicas en oficinas de libertad condicional distribuidas por todo el estado para facilitar el cumplimiento de las citas y para enfatizar la asociación entre la reinserción exitosa y el tratamiento de las afecciones crónicas.

Conclusión

Los establecimientos y las jurisdicciones correccionales pueden ayudar a las personas con SUD a encarar los desafíos que implica una reinserción exitosa. Para ayudar con estos esfuerzos, los legisladores pueden tomar las siguientes medidas:

- Asignar fondos presupuestarios para ayudar al sistema de justicia penal a ofrecer tratamientos farmacológicos y apoyo psicológico basados en evidencia para tratar los OUD desde la encarcelación hasta la liberación.
- Brindar fondos a los asesores de reinserción de los establecimientos correccionales dentro de sus respectivas jurisdicciones y exigir que dicha financiación sea utilizada para desarrollar planes de reinserción integrales y efectivos.
- Garantizar cobertura de Medicaid inmediata al salir de una cárcel o una prisión, o instar al personal de reinserción de estos establecimientos a coordinar derivaciones continuas a un proveedor de tratamiento de OUD financiado por el estado o de la VA, según corresponda.
- Financiar el desarrollo de un sistema de datos integrado que trascienda los límites jurisdiccionales y departamentales.

Mientras los países y los estados se encargan de estas actividades centrales, es preciso determinar, por medio de la investigación, qué componentes son más eficaces para lograr la reinserción exitosa de las personas con SUD.

Notas finales

- 1 K. Kim, M. Becker-Cohen y M. Serakos, "The Processing and Treatment of Mentally Ill Persons in the Criminal Justice System" (The Urban Institute, 2015), <https://www.urban.org/research/publication/processing-and-treatment-mentally-ill-persons-criminal-justice-system>; J. Baillargeon et al., "Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door", *American Journal of Psychiatry* 116, n.º 1 (2009): 103-109, <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030416>.
- 2 The Pew Charitable Trusts, "Prison Health Care: Costs and Quality" (2017), <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/reports/2017/10/prison-health-care-costs-and-quality>; Asociación Nacional de Alguaciles, "Jail-Based Medication-Assisted Treatment: Promising Practices, Guidelines, and Resources for the Field" (2018), <https://www.sheriffs.org/publications/Jail-Based-MAT-PPG.pdf>; Oficina Federal de Prisiones, "Substance Abuse Treatment", acceso 28 de octubre de 2019, https://www.bop.gov/inmates/custody_and_care/substance_abuse_treatment.jsp; J. Allen, director médico, Oficina Federal de Prisiones, reunión del 7 de febrero de 2019.
- 3 J.W. Frank et al., "Increased Hospital and Emergency Department Utilization by Individuals With Recent Criminal Justice Involvement: Results of a National Survey", *Journal of General Internal Medicine* 29, n.º 9 (2014): 1226-33, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24817280>; E.A. Wang, Y. Wang y H.M. Krumholz, "A High Risk of Hospitalization Following Release From Correctional Facilities in Medicare Beneficiaries: A Retrospective Matched Cohort Study, 2002 to 2010", *JAMA Internal Medicine* 173, n.º 17 (2013): 1621-28, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23877707>; Frank et al., "Increased Hospital and Emergency Department Utilization".
- 4 Z. Zeng, "Jail Inmates in 2017" (Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Oficina de Estadísticas de Justicia, 2019), <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/ji17.pdf>.
- 5 V. Wachino, director, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, carta a los funcionarios de salud estatales, "To Facilitate Successful Re-Entry for Individuals Transitioning From Incarceration to Their Communities", 28 de abril de 2016, <https://www.medicaid.gov/federal-policy-guidance/downloads/sho16007.pdf>.
- 6 Kaiser Family Foundation, "Status of State Medicaid Expansion Decisions", modificado por última vez el 20 de septiembre de 2019, <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map>.
- 7 Wachino, carta.
- 8 G. Carter, comisionado asociado adjunto, política del programa de servicios de acceso y elegibilidad, Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, carta a los/las directores/as y supervisores/as regionales de los servicios de elegibilidad, gerentes/as de programas, defensores regionales y moderadores de audiencias, "Suspension, Termination and Reinstatement of Health Care Coverage for Persons Confined to a County Jail", 14 de diciembre de 2018.
- 9 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Screening and Assessment of Co-Occurring Disorders in the Justice System" (2015), https://store.samhsa.gov/system/files/pep19-screen-codjs_1.pdf.
- 10 S.N. Bandara et al., "Leveraging the Affordable Care Act to Enroll Justice-Involved Populations in Medicaid: State and Local Efforts", *Health Affairs* 34, n.º 12 (2015): 2044-51, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26643624>.
- 11 Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos, "Veterans Health Administration Providing Health Care for Veterans", acceso el 29 de octubre de 2019, <https://www.va.gov/health>.
- 12 Administración de Salud para Veteranos, "Veterans Justice Programs" (2017), https://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=5473.
- 13 M.C. Bohan, vicepresidente de servicios hospitalarios y ambulatorios, Rutgers University Behavioral Health Care, reunión del 24 de julio de 2019.
- 14 Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, "Behavioral Health Initiative Enhances Connection to Community-Based Supports for Individuals Involved With the Criminal Justice System", comunicado de prensa, 15 de julio de 2019, <https://www.mass.gov/news/behavioral-health-initiative-enhances-connection-to-community-based-supports-for-individuals>.
- 15 Kaiser Family Foundation, "State Health Facts: Share of Medicaid Population Covered Under Different Delivery Systems", 1 de julio de 2019, <https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/share-of-medicaid-population-covered-under-different-delivery-systems/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22collid%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>.
- 16 K. Miller, jefe de la sección de gestión y mejora de la calidad de atención, "Ohio Medicaid Pre-Release Enrollment Program" (presentación, reunión de líderes fiscales de los estados atlánticos, Boston, 25 de febrero de 2017).
- 17 Ibid.
- 18 K. Page, gerente del proyecto de inscripción previa a la liberación con intervención de la justicia, Departamento de Salud de Luisiana, reunión, 29 de noviembre de 2018.
- 19 K. Hurley, director de servicios de justicia penal, CareSource, correo electrónico, 13 de agosto de 2019.

- 20 T.C. Green et al., "Postincarceration Fatal Overdoses After Implementing Medications for Addiction Treatment in a Statewide Correctional System", (Sobredosis fatales postencarcelamiento luego de implementar medicamentos para el tratamiento de la adicción en un sistema correccional estatal) *JAMA Psychiatry* 75, n.º 4 (2018): 405-407, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29450443>.
- 21 Sistema de Contención de Costos de Salud de Arizona, "AHCCCS Initiatives and Processes to Support Reentry for Individuals Released From Incarceration", acceso 1 de octubre de 2019, https://www.azahcccs.gov/AHCCCS/Downloads/Initiatives/AHCCCS_Initiatives_for_CJ.pdf; M. Rudnick, gerente de proyecto, Oficina del Director, Sistema de Contención de Costos de Salud de Arizona, correo electrónico, 28 de julio de 2019.
- 22 Clínicas de transición, "Transitions Clinic Network," acceso 28 de octubre de 2019, <http://transitionsclinic.org/transitions-clinic-network>.
- 23 D. Williams, director de la subdivisión de servicios sanitarios, Departamento de Correcciones de Misuri, llamada telefónica, 16 de septiembre de 2016.
- 24 J. Lipinski, "State Prisons to Enroll Ex-Inmates in Medicaid Starting Jan. 1", *The Times-Picayune*, 9 de diciembre de 2016, https://www.nola.com/entertainment_life/health_fitness/article_d61128a8-60a4-52aa-b199-fa805012413c.html; R. Singh, director médico, Departamento de Correcciones de Luisiana, llamada telefónica, 16 de septiembre de 2016.

Para obtener más información, visite:
pewtrusts.org

Contacto: Erin Davis, gerente asociada, 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.