



Eamon Queeney/The Washington Post via Getty Images

Las políticas deberían promover el acceso a la buprenorfina para tratar el trastorno por consumo de opioides

Los líderes estatales y federales pueden eliminar las barreras e incentivar el tratamiento

Resumen

Alrededor de 1,6 millones de estadounidenses padecen trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés), y la crisis de sobredosis ha empeorado en los últimos años, con un alza de los índices de mortalidad por sobredosis de opioides, según datos preliminares de 2019 y 2020.¹ Se ha demostrado que los medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés), en concreto, la buprenorfina y la metadona, reducen el riesgo de sobredosis, el consumo de opioides ilícitos y la transmisión de enfermedades infecciosas derivadas del consumo de drogas inyectables. Desafortunadamente, en 2019, solo el 18 % de las personas con OUD de los Estados Unidos recibieron alguno de los tres tratamientos capaces de salvar vidas aprobados por la FDA: buprenorfina, metadona y naltrexona.²

A diferencia de la naltrexona, que puede dispensarse como cualquier otro medicamento de venta con receta, existen más regulaciones para recetar la metadona y la buprenorfina. Si bien la metadona solo puede proporcionarse a través de los programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) especializados, la buprenorfina puede ser recetada por proveedores sanitarios fuera del ámbito de los OTP, siempre

que estos prestadores hayan completado la capacitación impartida por la Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción de los EE. UU. (SAMHSA, por sus siglas en inglés) y obtenido una exención por parte de la Administración de Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés).³ Aunque las regulaciones relativas a la prescripción de buprenorfina se crearon originalmente para aumentar el acceso a los medicamentos en otros entornos sanitarios, en la práctica, estos requisitos federales no solo limitan la cantidad de prescriptores aptos, sino también la cantidad de pacientes que cada proveedor exento está autorizado a tratar. Como resultado de ello, muchos pacientes tienen dificultades para encontrar un proveedor de buprenorfina y acceder al medicamento.⁴ Por ejemplo, en 2018, el 40 % de los condados estadounidenses no contaban con ningún proveedor exento.⁵ Esta brecha terapéutica se profundiza en las comunidades de color, ya que la población negra tiene menos probabilidades de recibir una receta de buprenorfina que la blanca.⁶

En respuesta a estos problemas estructurales, algunas agencias, miembros de legislaturas y proveedores exentos estatales han tomado medidas orientadas a reducir las barreras para acceder al tratamiento con buprenorfina, un abordaje conocido como “tratamiento de bajo umbral con buprenorfina”.⁷ Este abordaje se puede aplicar en distintos entornos sanitarios (a saber: centros de salud federalmente calificados [FQHC, por sus siglas en inglés], clínicas de atención primaria, programas de tratamiento del trastorno por consumo de opioides, centros de tratamiento especializados en el trastorno por consumo de sustancias, servicios de urgencias de los hospitales, programas de servicios de distribución de jeringas y camionetas de tratamiento móvil) e incluye recetar la buprenorfina tan pronto como el paciente muestra interés en el tratamiento; entregar medicamentos sin exigir servicios concurrentes, como apoyo psicológico; eliminar la práctica clínica que consiste en finalizar el tratamiento como consecuencia del consumo continuo de sustancias; y ofrecer el inicio de tratamiento a un bajo costo o sin costo alguno. La evidencia reciente sugiere que el tratamiento de bajo umbral puede aumentar la cantidad de pacientes que comienzan un tratamiento con buprenorfina, además de fomentar la participación de las poblaciones marginadas con menos posibilidades de acceder a la atención sanitaria en los entornos tradicionales, incluidas las personas que forman parte del sistema de justicia penal, y aquellas sin hogar o sin cobertura.⁸

Sin embargo, los proveedores se enfrentan con barreras a la hora de implementar los abordajes basados en el tratamiento de bajo umbral, incluida la facturación y el reembolso (porque, históricamente, los programas especializados han exigido el apoyo psicológico además de los medicamentos). Y es posible que algunos proveedores de atención primaria no estén familiarizados con las opciones terapéuticas disponibles para los pacientes con OUD, en parte debido al estigma social asociado a estos pacientes y al tratamiento farmacológico.

Por fortuna, los miembros de las legislaturas federales y estatales pueden trabajar en la enmienda de las políticas de reembolso, los lineamientos terapéuticos y las regulaciones a fin de garantizar que los proveedores estén debidamente preparados para brindar una atención oportuna y eficaz a los pacientes. Pueden apoyar el tratamiento de bajo umbral con buprenorfina siguiendo los pasos que se enuncian a continuación:

- Fomentar el inicio oportuno y adecuado del tratamiento con buprenorfina:
 - Eliminar los requisitos de autorización previa que rigen para las recetas iniciales de buprenorfina con Medicaid y las aseguradoras comerciales.
 - Enmendar los requisitos estatales de facturación y autorizar la prescripción de buprenorfina antes de completar la evaluación de admisión inicial, a fin de no demorar el inicio del tratamiento.
 - Financiar el inicio del tratamiento con buprenorfina a través de los servicios de urgencias, por medio de subvenciones federales o estatales.
 - Otorgar carácter permanente a las flexibilidades regulatorias federales, promulgadas como resultado de la pandemia del COVID-19, en virtud de las cuales quedó temporalmente suspendida la consulta presencial obligatoria para iniciar el tratamiento con buprenorfina (lo que permitió que más pacientes comenzaran el tratamiento por medio de una consulta telefónica).
- Respalda la retención de los pacientes en el tratamiento con buprenorfina:
 - Eliminar las regulaciones estatales que exigen que los médicos disminuyan gradualmente las dosis de buprenorfina con el tiempo y considerar el aumento de los límites de las dosis diarias.

- Quitar los requisitos que exigen que los pacientes en tratamiento con buprenorfina reciban apoyo psicológico, y evaluar las estructuras de pago de Medicaid y los contratos estatales con los proveedores, para asegurarse de que estos últimos puedan facturar el tratamiento farmacológico sin la concurrencia de servicios psicológicos.
- Prohibir el alta de los pacientes que siguen consumiendo sustancias en el marco de los programas de tratamiento de OUD con financiación pública.
- Financiar servicios sanitarios y sociales complementarios que faciliten el inicio y la continuación del tratamiento de bajo umbral con buprenorfina:
 - Autorizar el reembolso de Medicaid por servicios de apoyo a pacientes en función de las necesidades terapéuticas individuales (p. ej., trabajo social, orientación para la recuperación, trabajo de extensión comunitaria y apoyo de pares).
 - Destinar el dinero de las subvenciones federales y estatales a la prestación de servicios orientados a facilitar la prescripción del tratamiento de bajo umbral (p. ej., extensión comunitaria, transporte, gestión de casos).

Fomentar el inicio oportuno y adecuado del tratamiento con buprenorfina

Los estados deberían realizar cambios a las políticas que posibiliten el acceso de las personas al tratamiento del OUD con buprenorfina tan pronto como estén listas para recibirlo. Está demostrado que las demoras en el inicio del tratamiento farmacológico, como las causadas por las listas de espera para recibir tratamiento, aumentan el riesgo de morbilidad del paciente (en especial, el riesgo de sobredosis en los pacientes que dejaron de consumir opiáceos ilícitos a fin de prepararse para el tratamiento).⁹

En primer lugar, los estados deberían eliminar los requisitos de autorización previa de Medicaid para recibir buprenorfina, los cuales, desde 2018, mantienen su plena vigencia en 39 estados y el Distrito de Columbia respecto de la buprenorfina, y en 30 estados respecto de la buprenorfina-naloxona (la formulación combinada del fármaco).¹⁰ En virtud de la política actual, antes de que Medicaid pague la receta, los proveedores deben justificar la necesidad de cada tratamiento específico con el objetivo de garantizar su administración adecuada y evitar gastos excesivos o usos abusivos.¹¹

Sin embargo, este proceso muchas veces demora innecesariamente el inicio del tratamiento. La evidencia muestra con claridad que los medicamentos para tratar el OUD reducen el consumo ilícito de opiáceos, el riesgo de sufrir una sobredosis, y el uso de costosos servicios de urgencias y atención hospitalaria por parte de los pacientes.¹² Más estados deberían adoptar lo que se conoce como el abordaje terapéutico de los “Medicamentos Primero”, que prioriza el acceso a la farmacoterapia lo antes posible, durante el tiempo que se considere beneficioso en términos terapéuticos y sin requisitos de programa estrictos para los pacientes. El programa de Medicaid en Misuri ha eliminado los requisitos de autorización previa que rigen para las recetas iniciales de buprenorfina como parte de la iniciativa estatal Medicamentos Primero,¹³ y 17 estados más promulgaron leyes orientadas a evitar que los planes comerciales de cobertura regulados por el estado introduzcan requisitos de autorizaciones previas para los medicamentos aprobados por la FDA para tratar el OUD.¹⁴

En segundo lugar, Medicaid y las agencias estatales responsables de administrar los fondos de la Subvención Global para el Abuso de Sustancias (SABG, por sus siglas en inglés) de la SAMHSA destinados a los programas de tratamiento deberían modificar las políticas de pago que exigen que los proveedores lleven a cabo evaluaciones de admisión integrales a los pacientes antes de recetar buprenorfina. Si bien estas evaluaciones ayudan a los proveedores a diagnosticar el OUD y a determinar su gravedad, también pueden provocar demoras en el inicio del tratamiento farmacológico.¹⁵ En virtud del abordaje Medicamentos Primero de Misuri, el Departamento de Salud Mental del estado modificó sus requisitos de facturación a fin de otorgar a los proveedores un plazo de 30 días para completar una evaluación de admisión después de recetar buprenorfina.¹⁶

Recuadro 1. Programa destacado: Abordaje Medicamentos Primero de Misuri

Para aumentar el acceso a la buprenorfina para los pacientes sin cobertura, el Departamento de Salud Mental de Misuri se asoció con la Universidad de Misuri, San Luis, para desarrollar el abordaje terapéutico Medicamentos Primero en el marco de los programas de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias financiados públicamente. Los componentes centrales de este abordaje son brindar a los pacientes un acceso oportuno a la buprenorfina antes de la evaluación y la planificación terapéutica, proporcionar un mantenimiento terapéutico continuo con buprenorfina sin límites ni disminución gradual de la dosis, y ofrecer (pero no exigir) servicios psicosociales.

El estado utilizó fondos de la subvención Respuesta Estatal Enfocada en la Crisis de Opioides (STR, por sus siglas en inglés) para financiar 38 centros de tratamiento en 14 agencias. Esto permitió la implementación del abordaje Medicamentos Primero por parte del personal de capacitación, la reforma de los protocolos clínicos y la asociación con proveedores exentos para recetar buprenorfina. Misuri luego comparó los resultados terapéuticos de los nueve meses previos a la financiación (de julio de 2016 a marzo de 2017) con datos correspondientes a nueve meses del período de subvenciones (de julio de 2017 a marzo de 2018). Los funcionarios descubrieron que el uso de buprenorfina aumentó del 44,8 % al 85,3 %; el tiempo transcurrido hasta la entrega de la buprenorfina mejoró de ocho días a cero días; y la retención terapéutica mejoró a intervalos de uno, tres y seis meses. Asimismo, los costos mensuales de tratamiento promedio disminuyeron en un 21 % tras la implementación del abordaje.

En tercer lugar, los estados deberían financiar modelos innovadores diseñados para ofrecer tratamiento con buprenorfina sin necesidad de derivaciones y consultas. Por ejemplo, cuando el paciente llega al servicio de urgencias con una enfermedad o lesión derivada del consumo de opioides, los médicos deberían comenzar el tratamiento con buprenorfina mientras se aguarda la posterior derivación de dicho paciente a un proveedor para su atención continua.¹⁷

Aun así, muchos médicos de urgencias sienten que no cuentan con la financiación, los sistemas ni el personal in situ para satisfacer por completo las necesidades sociales y de salud de los pacientes con OUD.¹⁸ Para romper con esta barrera, el Gabinete para los Servicios de Salud y de la Familia de Kentucky utilizó subvenciones federales para asociarse con los departamentos de urgencias y crear una clínica especial que sirva como enlace al tratamiento comunitario continuo.¹⁹ Desde su presentación en 2018, esta iniciativa proporciona buprenorfina a los pacientes que recibieron el alta hasta que puedan ser conectados con la atención comunitaria, y también ofrece apoyo psicológico, orientación para la atención, apoyo de pares y educación sobre la prevención de sobredosis.²⁰ Durante el primer año, la clínica de enlace inició el tratamiento con buprenorfina para alrededor de 100 pacientes de entre 300 derivaciones.²¹ Si bien muchos pacientes son derivados desde el hospital, la clínica también acepta pacientes sin cita previa.

En cuarto lugar, los estados deberían emitir lineamientos clínicos sobre el inicio del tratamiento con buprenorfina sin supervisión, también llamado inducción en el hogar. En la actualidad, los lineamientos estatales tienden a enfocarse en la inducción en el consultorio y a fomentar esta práctica, un abordaje que implica un uso intensivo de recursos para los centros de atención sanitaria y que puede dificultar el inicio del tratamiento en el mismo día.²² Es posible que los pacientes se sientan más cómodos realizando la inducción en el hogar, ya que el proceso puede ser largo y puede incluir síntomas de abstinencia incómodos. Esto se debe a que, antes de recibir la primera dosis, los pacientes deben dejar de consumir otros opioides durante un período breve, lo que genera síntomas de abstinencia leves o moderados.²³ Los estudios demuestran que el inicio de la inducción en el hogar no aumenta la incidencia de eventos médicos adversos graves ni interfiere en el éxito del inicio o la retención del tratamiento.²⁴ Los estados deberían publicar guías para fomentar este enfoque de atención basado en el tratamiento de bajo umbral. Por ejemplo, la orientación clínica del tratamiento con buprenorfina del Departamento de Salud del Estado de Nueva York describe el inicio del tratamiento en el hogar como viable y seguro, y enumera los pasos que deberían seguir los prescriptores para garantizar que los pacientes tengan la información necesaria para tener éxito.²⁵

Por lo general, antes de recetar buprenorfina para el inicio del tratamiento en el hogar, el médico debe ver al paciente en el consultorio; sin embargo, según la orientación de las agencias federales y a fin de reducir la cantidad de pacientes que acudían a los centros sanitarios, el Gobierno federal eliminó este requisito temporalmente durante la emergencia

de salud pública del COVID-19.²⁶ Los datos preliminares indican que este cambio no derivó en resultados adversos ni imprevistos, sino que generó métodos innovadores para aumentar el acceso al tratamiento, como la Línea directa para el suministro de buprenorfina de Rhode Island, que conecta a las personas que buscan tratamiento con un proveedor de buprenorfina exento, quien puede evaluar al paciente por teléfono y recetarle el medicamento, si corresponde. Básicamente, este prestador funciona como un “teleenlace” al tratamiento ambulatorio.²⁷ Hasta que el requisito de consulta presencial no se elimine de manera permanente, el Gobierno federal debería valerse de la autoridad de emergencia de salud pública en curso derivada de la crisis de opioides (declarada por primera vez en 2017) a fin de seguir prescindiendo de esta regla.²⁸

Incentivar la retención de los pacientes en el tratamiento con buprenorfina

Existen varias políticas, tales como los límites a la emisión de recetas, los requisitos de apoyo psicológico concurrente y las sanciones al consumo continuo de drogas ilícitas, que pueden interrumpir el curso del tratamiento una vez que el paciente comienza a recibir medicamentos para tratar el OUD. Para apoyar la retención terapéutica en un abordaje basado en el tratamiento de bajo umbral, los estados deberían eliminar este tipo de políticas innecesariamente engorrosas.

En principio, los programas de Medicaid deberían eliminar las normas que exigen que los médicos disminuyan gradualmente la dosis de buprenorfina en un plazo determinado. Algunos programas de Medicaid limitan las dosis y el plazo durante el cual los pacientes pueden recibir buprenorfina. Pero, al igual que otras enfermedades crónicas, el OUD es una afección médica a largo plazo que requiere tratamiento continuo. Los requisitos de disminución gradual de la receta o de reducción de la dosis con el tiempo pueden interferir en la eficacia del tratamiento y en la recuperación.²⁹ Algunos estados, como Tennessee, exigen que los proveedores presenten planes de reducción gradual de la dosis para obtener una autorización previa.³⁰ Por el contrario, el programa Medicamentos Primero de Misuri eliminó estos requisitos.³¹

Los estados también deberían considerar aumentar los límites de las dosis de buprenorfina. Los lineamientos de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (ASAM, por sus siglas en inglés) sugieren que la dosis diaria máxima debería ser 24 mg; sin embargo, algunos programas estatales de Medicaid, como el de Tennessee, aún limitan la dosis a 16 mg al día.³² Ningún programa de Medicaid debería limitar la dosis de buprenorfina por debajo de los lineamientos clínicos. Los estados deberían considerar ampliar la dosis máxima sugerida de 24 mg para contemplar las dosis más altas que pudieran necesitar los pacientes con una mayor tolerancia a los opioides, en especial, porque el fentanilo (un potente opioide sintético) domina el mercado de las drogas.³³ Por ejemplo, el estado de Washington autoriza a los proveedores a recetar 32 mg al día, y muestra flexibilidad cuando se requieren dosis más altas con autorización previa.³⁴ Estas políticas flexibles pueden ayudar a que los pacientes permanezcan en tratamiento.³⁵

Por otro lado, Medicaid y las agencias estatales que administran los fondos de la SABG destinados a los programas de tratamiento deberían eliminar los requisitos que exigen que los pacientes que reciben buprenorfina reciban apoyo psicológico. Aunque las normas federales exigen que los profesionales de la salud tengan la capacidad para derivar a los pacientes a servicios de salud conductual, no es obligatorio que los pacientes los utilicen.³⁶ Además, los lineamientos de práctica de la ASAM especifican que la decisión del paciente respecto de recibir o no apoyo psicológico no debería interferir en la administración del tratamiento farmacológico.³⁷ Sin embargo, en algunos programas de Medicaid, los proveedores de atención sanitaria reciben el reembolso del tratamiento con buprenorfina solo si el paciente recibe también servicios de apoyo psicológico por parte del mismo proveedor u otro profesional. Aunque el apoyo psicológico es beneficioso para muchos pacientes y debería estar disponible para los que estén interesados en recibirlo, la evidencia muestra que las personas que solo reciben buprenorfina no exhiben resultados terapéuticos muy diferentes de aquellos pacientes que reciben, además, servicios psicosociales.³⁸ Incluso, algunas personas mencionan el requisito de asistir a sesiones de apoyo psicológico como un impedimento para permanecer en tratamiento debido a la inflexibilidad que existe respecto de las consultas disponibles, las cuales interfieren en otros aspectos de la vida cotidiana (como el empleo).³⁹ Por eso, los estados deberían evaluar y modificar sus paquetes de pagos a las agencias estatales y a Medicaid (es decir, los pagos otorgados por un conjunto predeterminado de servicios) y las tasas de reembolso, de manera que la prescripción del tratamiento de bajo umbral con buprenorfina —independientemente de los servicios de apoyo psicológico— sea una alternativa rentable para los prestadores. Por ejemplo, antes de implementar el abordaje Medicamentos Primero, el Departamento de Salud Mental de Misuri aumentó las tasas administrativas de reembolso por la prescripción de buprenorfina para los proveedores de los programas de tratamiento participantes.⁴⁰

Los estados también deberían considerar separar el apoyo psicológico de los medicamentos en los paquetes de pago, tal como lo hizo Maryland en sus programas de tratamiento de consumo de opioides.⁴¹ Maryland reorganizó los pagos para incluir la gestión del plan de atención; la dosificación, la dispensación y la administración del medicamento; las pruebas de detección de drogas; la coordinación con otros servicios; y el apoyo psicológico individual y grupal como un concepto que se factura por separado.⁴² Asimismo, como los medicamentos por sí solos constituyen un tratamiento eficaz, los estados no deberían exigir que los centros autorizados para ofrecer buprenorfina brinden también servicios de salud conductual.⁴³ El estado puede diferenciar estos servicios a través de la redacción de las regulaciones; por ejemplo, si bien algunos estados definen el “tratamiento asistido por medicamentos” como medicamentos combinados con terapias conductuales, Nueva York lo define como el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias únicamente con medicamentos.⁴⁴

Por último, los estados deberían prohibir que los programas de tratamiento financiados públicamente les otorguen el alta a sus pacientes sobre la base del consumo continuo de drogas ilícitas. Los pacientes que participan en programas de tratamiento de bajo umbral con buprenorfina a veces siguen consumiendo opioides o estimulantes ilícitos, en especial, aquellos pacientes sin hogar o con otras dificultades.⁴⁵ Aunque algunos programas enuncian el consumo continuo de drogas como una causa de finalización involuntaria (una práctica que se conoce comúnmente como alta administrativa), la evidencia muestra que es más seguro que los pacientes sigan recibiendo medicamentos de venta con receta para tratar el OUD, y que no queden expuestos al alto riesgo de sufrir una sobredosis tras la finalización abrupta del tratamiento.⁴⁶ Los lineamientos federales recomiendan que los programas eviten otorgar el alta administrativa y que, en cambio, vuelvan a evaluar a los pacientes si el plan de tratamiento actual no resulta eficaz.⁴⁷ De igual modo, los agentes reguladores deben prohibir de manera explícita esta práctica al otorgar licencias y certificar los programas de tratamiento de consumo de sustancias; por ejemplo, las regulaciones de Maine relativas a los programas de tratamiento de consumo de opioides prohíben el empleo del alta administrativa “para castigar a los clientes por infracciones leves de las políticas del programa”.⁴⁸

Pago de los aspectos no clínicos del tratamiento de bajo umbral

Los abordajes basados en el tratamiento de bajo umbral con buprenorfina llegan a las poblaciones que suelen estar marginadas, y que enfrentan desventajas sociales y económicas. En muchos casos, los pacientes no tienen cobertura y se enfrentan a problemáticas de inseguridad habitacional, falta de transporte y desempleo, todos factores que pueden interferir en su capacidad de comenzar un tratamiento y de permanecer en este. Ofrecer servicios de apoyo que faciliten el acceso al tratamiento farmacológico puede ayudar a los pacientes a eliminar las barreras y lograr una recuperación a largo plazo.⁴⁹

Los estados deberían recurrir a la financiación de Medicaid o a fondos de subvenciones para abordar las numerosas necesidades de los pacientes que buscan servicios adicionales. Por ejemplo, REACH, un centro enfocado en el tratamiento de bajo umbral y en la reducción de daños ubicado en el estado de Nueva York, obtuvo recientemente la certificación de centro de tratamiento ambulatorio. Esto permitirá que REACH reciba mayores reembolsos de Medicaid por todo el rango de servicios que ofrece. Estos incluyen atención primaria integrada, medicamentos para tratar el trastorno por consumo de opioides, pruebas de detección y tratamiento de la hepatitis C y el VIH, servicios de salud conductual y trabajadores de salud comunitarios, y trabajos de extensión comunitaria y de pares, una gama integral de prestaciones que permiten que REACH brinde apoyo a los pacientes para satisfacer las distintas necesidades sociales y de atención sanitaria.⁵⁰

En el Modelo de Atención Colaborativa de Massachusetts, los administradores de atención de enfermería (NCM, por sus siglas en inglés) están integrados a los FQHC y pueden facturar a la misma tarifa que otros médicos por las consultas iniciales de tratamiento con buprenorfina, mientras que los prescriptores de este fármaco son responsables de diagnosticar el OUD y expedir las recetas correspondientes. Los NCM pueden ayudar a abordar los desafíos no médicos de los pacientes, como problemas con la cobertura o la farmacia, o problemas legales y de vivienda.⁵¹ Cinco años después de la implementación de este modelo en 14 centros de salud comunitarios, las admisiones para recibir tratamiento con buprenorfina habían aumentado casi siete veces, y las dos terceras partes de los pacientes permanecieron en tratamiento durante más de un año.⁵²

Los estados también pueden dirigir subvenciones federales, incluso las provenientes de la financiación de la Respuesta Estatal Enfocada en la Crisis de Opioides (STR) y la Respuesta Estatal a los Opioides, para cubrir los aspectos no clínicos de la atención. Misuri usó fondos de la Respuesta Estatal Enfocada en la Crisis de Opioides para pagar el traslado de pacientes hasta los proveedores de tratamiento participantes, y Kentucky usó la subvención para integrar especialistas en apoyo de pares a los servicios de urgencias como parte de su iniciativa de clínica de enlace.⁵³

Desafíos para la adopción de abordajes basados en el tratamiento de bajo umbral

Incluso si las políticas estatales cambian para permitir y fomentar la prescripción del tratamiento de bajo umbral con buprenorfina, el acceso a la atención aún puede complicarse debido a las métricas utilizadas para determinar el éxito terapéutico, las preocupaciones en torno a la desviación de medicamentos a personas que los consumirían sin receta y la escasez de proveedores de buprenorfina.

La financiación basada en subvenciones estatales suele estar acompañada de requisitos de notificación; sin embargo, como el tratamiento de bajo umbral no implica los mismos requisitos para los pacientes que el tratamiento tradicional, ambos enfoques terapéuticos necesitan distintos criterios para medir el rendimiento. Por ejemplo, existen menos probabilidades de que el tratamiento de bajo umbral derive en el cese del consumo de drogas, en comparación con el tratamiento estándar del OUD. Aun así, el tratamiento de bajo umbral puede reducir el consumo de drogas ilícitas, lo que, a su vez, previene las muertes por sobredosis. Por lo tanto, una métrica adecuada para medir el éxito terapéutico del tratamiento de bajo umbral sería la reducción del consumo de drogas. Otro índice de medición común es la retención terapéutica durante un período ininterrumpido, pero este elemento puede no resultar adecuado para las poblaciones que reciben tratamiento de bajo umbral con buprenorfina, porque es más probable que estas experimenten interrupciones de la atención, por ejemplo, a causa de la falta de vivienda. En cambio, las evaluaciones del éxito de los pacientes podrían medir la cantidad de días en los cuales se administró el tratamiento farmacológico durante un período determinado, incluso si no son consecutivos.⁵⁴

A algunos funcionarios y proveedores estatales también les preocupa el hecho de que el tratamiento de bajo umbral con buprenorfina pueda derivar en la desviación del medicamento a personas que lo consumirían sin receta. Si bien ese riesgo existe para la mayoría de los fármacos de venta con receta, la evidencia indica que las personas consumen buprenorfina sin receta para tratar ellas mismas los síntomas de abstinencia o para evitarlos, y la desviación podría ser el resultado de la falta de acceso al tratamiento.⁵⁵ Un estudio incluso sugirió que un mejor acceso a la buprenorfina a través de un médico podría reducir la desviación del medicamento.⁵⁶ Asimismo, las encuestas realizadas a pacientes que reciben el tratamiento de bajo umbral revelan que estos cuentan con experiencia previa en el consumo de buprenorfina, muchas veces, sin receta, antes de ingresar al tratamiento.⁵⁷ Este hallazgo podría indicar que los programas de tratamiento de bajo umbral son capaces de llegar a una población que está interesada en probar el medicamento, pero que, de lo contrario, no tendría acceso a un médico prescriptor.⁵⁸

Por último, muchos estados y jurisdicciones rurales no cuentan con suficientes proveedores que puedan ofrecer buprenorfina debido al requisito federal que establece la necesidad de obtener una exención de la DEA para recetar el medicamento.⁵⁹ Algunos médicos ven el proceso de exención como un impedimento para ofrecer el tratamiento; otros no intentan obtener la exención porque sienten que no son capaces de tratar a los pacientes con OUD, quienes pueden tener problemas sociales y de salud complejos.⁶⁰ Para abordar estos desafíos, algunos estados han ofrecido asistencia a los profesionales de la salud para que obtengan la exención. Por ejemplo, Nuevo México implementó el Proyecto ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes [Extensión para los Resultados de la Atención Médica Comunitaria]) para conectar a proveedores de atención primaria con mentores y con capacitación sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, y ayudarlos a obtener la exención. Después del inicio del proyecto, la cantidad de proveedores exentos en el estado aumentó más de diez veces de 2006 a 2016.⁶¹ El Gobierno federal también podría eliminar por completo el requisito de exención.⁶² Recientemente, expertos del área alegan que se trata de un proceso innecesariamente engorroso, y hacen referencia a la urgencia planteada por la crisis de sobredosis de opioides y al hecho de que no existen restricciones para la prescripción de otros tipos de opioides para tratar el dolor.⁶³ Aumentar la cantidad de prescriptores de buprenorfina es fundamental para ampliar la atención del OUD, incluidos los abordajes basados en el tratamiento de bajo umbral.

Conclusión

La prescripción del tratamiento de bajo umbral puede jugar un papel crucial a la hora de ampliar el acceso a la buprenorfina, en particular, para las poblaciones marginadas y para las personas apartadas del sistema de atención sanitaria tradicional. A medida que los estados y las localidades siguen explorando la administración del tratamiento de bajo umbral, los miembros de las legislaturas deberían dirigir la mirada hacia las innovaciones e iniciativas existentes a fin de garantizar un mayor acceso a este medicamento capaz de salvar vidas para las personas con OUD.

Notas finales

- 1 F. Ahmad, L. Rossen y P. Sutton, "Provisional Drug Overdose Death Counts", Centro Nacional de Estadísticas de Salud, acceso el 6 de noviembre de 2020, <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>; Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results From the 2019 National Survey on Drug Use and Health" (2020), <https://www.samhsa.gov/data/report/2019-nsduh-annual-national-report>.
- 2 Richard P. Mattick et al., "Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3 (2009): CD002209, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19588333>; Sandra 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, <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209312>; 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>; R.P. Mattick et al., "Buprenorphine Maintenance Versus Placebo or Methadone Maintenance for Opioid Dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 2 (2014), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4>; 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/>; 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>; S.E. Wakeman et al., "Comparative Effectiveness of Different Treatment Pathways for Opioid Use Disorder", *JAMA Network Open* 3, n.º 2 (2020): e1920622, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32022884>.
- 3 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Methadone", acceso el 10 de febrero de 2020, <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/medications-counseling-related-conditions/methadone>.
- 4 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>; Consejo Nacional de Salud Conductual, "Legislation Eliminating Buprenorphine Waivers Introduced in House", comunicado de prensa, 9 de mayo de 2019, <https://www.thenationalcouncil.org/capitol-connector/2019/05/legislation-eliminating-buprenorphine-waivers-introduced-in-house/>; The Pew Charitable Trusts, "Why Aren't More People With Opioid Use Disorder Getting Buprenorphine?", acceso el 10 de febrero de 2020, <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2019/07/31/why-arent-more-people-with-opioid-use-disorder-getting-buprenorphine/>; 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://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1803982>.
- 5 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>.
- 6 P.A. Lagisetty et al., "Buprenorphine Treatment Divide by Race/Ethnicity and Payment", *JAMA Psychiatry* 76, n.º 9 (2019): 979-81, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0876>.
- 7 A. Jakubowski and A. Fox, "Defining Low-Threshold Buprenorphine Treatment", *Journal of Addiction Medicine* 14, n.º 2 (2020): 95-98.
- 8 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; Bjorn E. Payne et al., "Effect of Lowering Initiation Thresholds in a Primary Care-Based Buprenorphine Treatment Program", *Drug and Alcohol Dependence*, 200 (2019): 71-77; Lara Carson Weinstein, et al., "Retention of Patients With Multiple Vulnerabilities in a Federally Qualified Health Center Buprenorphine Program: Pennsylvania, 2017-2018", *American Journal of Public Health* 110, n.º 4 (2020): 580-586; Amy M. Daniels et al., "A Novel Community-Based Buprenorphine Program: Client Description and Initial Outcomes", *Journal of Addiction Medicine* 8, n.º 1 (2014): 40-46; Elenore Patterson 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; Jamie Carter, Barry Zevin y Paula J. Lum, "Low Barrier Buprenorphine Treatment for Persons Experiencing Homelessness and Injecting Heroin in San Francisco", *Addiction Science & Clinical Practice* 14, n.º 1 (2019): 20.
- 9 S.C. Sigmon et al., "Bridging Waitlist Delays With Interim Buprenorphine Treatment: Initial Feasibility", *Addictive Behaviors* 51 (2015): 136-42.
- 10 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), "Report to Congress: Utilization Management of Medication-Assisted Treatment in Medicaid" (octubre de 2019), <https://www.macpac.gov/publication/report-to-congress-utilization-management-of-medication-assisted-treatment-in-medicaid/>.
- 11 Ibid.
- 12 Academias de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, "Medications for Opioid Use Disorder Save Lives" (2019), <https://doi.org/10.17226/25310>; Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), "Report to Congress: Utilization Management of Medication-Assisted Treatment in Medicaid".
- 13 R.P. Winograd et al., "Implementation and Evaluation of Missouri's Medication First Treatment Approach for Opioid Use Disorder in Publicly-Funded Substance Use Treatment Programs", *Journal of Substance Abuse Treatment* (2019), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31277891>.

- 14 Legal Action Center, "Spotlight on Legislation Limiting the Use of Prior Authorization for Substance Use Disorder Services and Medications" (mayo de 2020), <https://www.lac.org/resource/spotlight-on-legislation-limiting-the-use-of-prior-authorization-for-substance-use-disorder-services-and-medications>.
- 15 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Medications for Opioid Use Disorder: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63" (2020), https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-01-006.pdf.
- 16 Winograd et al., "Implementation and Evaluation of Missouri's Medication First Treatment Approach".
- 17 G. D'Onofrio et al., "Emergency Department-Initiated Buprenorphine/Naloxone Treatment for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial", *JAMA* 313, n.º 16 (2015): 1636-44.
- 18 M. Lowenstein et al., "Barriers and Facilitators for Emergency Department Initiation of Buprenorphine: A Physician Survey", *The American Journal of Emergency Medicine* 37, n.º 9 (2019): 1787-90.
- 19 Olivia Ramirez, "UK's First Bridge Clinic Offers Immediate Access to Opioid Treatment", *Novedades de la Universidad de Kentucky*, 23 de abril de 2019, <https://uknow.uky.edu/research/uks-first-bridge-clinic-offers-immediate-access-opioid-treatment>.
- 20 Ibid.
- 21 M. Binkley et al., "Bridge to Life: Connecting Individuals Presenting to the Hospital With Complications From Opioid Use Disorder to Evidence-Based Care" (presentación, Conferencia sobre el abuso de drogas de venta con receta y heroína, Atlanta, Georgia, 23 de abril de 2019), <https://www.eventscribe.com/2019/RxSummit/fsPopup.asp?efp=SU1ESlhPV1I4MzY3&PresentationID=491212&rnd=0.9485711&mode=presinfo>.
- 22 Jakubowski y Fox, "Defining Low-Threshold Buprenorphine Treatment"; J.D. Lee, F. Vocci y D.A. Fiellin, "Unobserved 'Home' Induction onto Buprenorphine", *Journal of Addiction Medicine* 8, n.º 5 (2014): 299-308, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25254667/>.
- 23 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>.
- 24 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): 1-10; C.O. Cunningham et al., "A Comparison of Buprenorphine Induction Strategies: Patient-Centered Home-Based Inductions Versus Standard-of-Care Office-Based Inductions", *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, n.º 4 (2011): 349-56; A.M. Daniels et al., "A Novel Community-Based Buprenorphine Program: Client Description and Initial Outcomes", *Journal of Addiction Medicine* 8, n.º 1 (2014): 40-46.
- 25 Departamento de Salud del estado de Nueva York, "Buprenorphine for Opioid Use Disorder: Clinical Use of Buprenorphine", <https://health.ny.gov/publications/0112.pdf>.
- 26 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", comunicado de prensa, 21 de abril de 2020, <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/faqs-for-oud-prescribing-and-dispensing.pdf>.
- 27 E.A. Samuels et al., "Innovation During COVID-19: Improving Addiction Treatment Access", *Journal of Addiction Medicine* (2020); J.D. Thornton et al., "Impact of COVID-19 Related Policy Changes on Buprenorphine Dispensing in Texas", *Journal of Addiction Medicine* 14, n.º 6 (2020): e372-e74.
- 28 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., "Determination That a Public Health Emergency Exists", comunicado de prensa, 26 de octubre de 2017, <https://www.hhs.gov/sites/default/files/opioid%20PHE%20Declaration-no-sig.pdf>.
- 29 R.E. Clark et al., "The Impact of Prior Authorization on Buprenorphine Dose, Relapse Rates, and Cost for Massachusetts Medicaid Beneficiaries With Opioid Dependence", *Health Services Research* 49, n.º 6 (2014): 1964-79; D.A. Fiellin et al., "Primary Care-Based Buprenorphine Taper Vs. Maintenance Therapy for Prescription Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial", *JAMA Internal Medicine* 174, n.º 12 (2014): 1947-54.
- 30 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), "Report to Congress: Utilization Management of Medication-Assisted Treatment in Medicaid".
- 31 Winograd et al., "Implementation and Evaluation of Missouri's Medication First Treatment Approach".
- 32 Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción, "The ASAM National Practice Guideline"; A. Fareed et al., "Effect of Buprenorphine Dose on Treatment Outcome", *Journal of Addictive Diseases* 31, n.º 1 (2012): 8-18; Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), "Report to Congress: Utilization Management of Medication-Assisted Treatment in Medicaid"; Optum Rx, "Clinical Criteria, Step Therapy, and Quantity Limits for TennCare Preferred Drug List (PDL)", 1 de noviembre de 2020, <https://www.optumrx.com/content/dam/openenrollment/pdfs/TennCare/home-page/preferred-drug-list/Criteria%20PDL.pdf>.
- 33 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, "Fentanyl", acceso el 14 de noviembre de 2019, <https://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/fentanyl.html>; M. Hillhouse et al., "Participant Characteristics and Buprenorphine Dose", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 37, n.º 5 (2011): 453-59.

- 34 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), "Report to Congress: Utilization Management of Medication-Assisted Treatment in Medicaid".
- 35 Fareed et al., "Effect of Buprenorphine Dose on Treatment Outcome".
- 36 Administración de Servicios de Salud Mental y Drogadicción, "Become a Buprenorphine Waivered Practitioner".
- 37 Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción, "The ASAM National Practice Guideline".
- 38 D.A. Fiellin et al., "A Randomized Trial of Cognitive Behavioral Therapy in Primary Care-Based Buprenorphine", *The American Journal of Medicine* 126, n.º 1 (2013): 74-e11; D.A. Fiellin et al., "Counseling Plus Buprenorphine-Naloxone Maintenance Therapy for Opioid Dependence", *New England Journal of Medicine* 355, n.º 4 (2006): 365-74; R.D. Weiss et al., "Adjunctive Counseling During Brief and Extended Buprenorphine-Naloxone Treatment for Prescription Opioid Dependence: A 2-Phase Randomized Controlled Trial", *Archives of General Psychiatry* 68, n.º 12 (2011): 1238-46.
- 39 A.D. Fox, M. Masyukova y C.O. Cunningham, "Optimizing Psychosocial Support During Office-Based Buprenorphine Treatment in Primary Care: Patients' Experiences and Preferences", *Substance Abuse* 37, n.º 1 (2016): 70-75; A.B. Laudet, V. Stanick y B. Sands, "What Could the Program Have Done Differently? A Qualitative Examination of Reasons for Leaving Outpatient Treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment* 37, n.º 2 (2009): 182-90; R.S. Palmer et al., "Substance User Treatment Dropout From Client and Clinician Perspectives: A Pilot Study", *Substance Use & Misuse* 44, n.º 7 (2009): 1021-38.
- 40 Winograd et al., "Implementation and Evaluation of Missouri's Medication First Treatment Approach".
- 41 Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland, "Opioid Treatment Program Reimbursement Re-Bundling Initiative", comunicado de prensa, 6 de septiembre de 2016, <https://health.maryland.gov/bhd/Documents/Rebundling%20Initiative%202016-6-16.pdf>.
- 42 Ibid.
- 43 Sigmon et al., "Bridging Waitlist Delays With Interim Buprenorphine Treatment: Initial Feasibility".
- 44 Oficina de Servicios y Asistencia para Adicciones del estado de Nueva York, Parte 822: Estándares de servicio generales para los programas ambulatorios para tratar el trastorno por consumo de sustancias (2019), <https://oasas.ny.gov/general-service-standards-substance-use-disorder-outpatient-programs-part-822-0>; Código revisado de 340.01 Distrito de servicios de salud mental y adicción de drogas y alcohol (2017), <https://codes.ohio.gov/orc/340.01>; Artículo 5y del Código de Virginia Occidental - LEY de otorgamiento de licencias para programas de tratamiento asistido con medicamentos (2016), <https://casetext.com/statute/west-virginia-code/chapter-16-public-health/article-5y-medication-assisted-treatment-program-licensing-act/section-16-5y-2-definitions>.
- 45 B.E. Payne et al., "Effect of Lowering Initiation Thresholds in a Primary Care-Based Buprenorphine Treatment Program", *Drug and Alcohol Dependence* 200 (2019): 71-77.
- 46 Academias de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, *Medications for Opioid Use Disorder Save Lives* (Washington: Prensa de las Academias de los Estados Unidos, 2019); W.L. White et al., "It's Time to Stop Kicking People Out of Addiction Treatment", *Counselor* 6, n.º 2 (2005): 12.
- 47 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., "Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43" (2005), https://www.asam.org/docs/advocacy/samhsa_tip43_matforopioidaddiction.pdf?sfvrsn=0.
- 48 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Maine, Regulaciones relativas al otorgamiento de licencias y certificados para programas de tratamiento de abuso de sustancias, CMR 14-118 Capítulo 5 (2008), <https://www1.maine.gov/sos/cec/rules/14/118/118c005.doc>.
- 49 D.P. Alford et al., "Collaborative Care of Opioid-Addicted Patients in Primary Care Using Buprenorphine: Five-Year Experience", *Archives of Internal Medicine* 171, n.º 5 (2011): 425-31, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21403039>; 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>.
- 50 Alison Knopf, "Why an OASAS License for a Low-Threshold Bupe Provider Is So Significant", *Filter*, 7 de julio de 2020, <https://filtermag.org/oasas-low-threshold-buprenorphine-license/>; Judy Griffin, directora de investigación, REACH Medical, correo electrónico a Leslie Paulson, funcionaria, The Pew Charitable Trusts, 4 de diciembre de 2020.
- 51 Medicaid Innovation Accelerator Program, "Collaborative Models for Medication Assisted Treatment: Key Elements of the Massachusetts Collaborative Care Model" (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, 2019), <https://www.medicare.gov/state-resource-center/innovation-accelerator-program/iap-downloads/reducing-substance-use-disorders/mat-key-elements-ma.pdf>.
- 52 C.T. LaBelle et al., "Office-Based Opioid Treatment With Buprenorphine (Obot-B): Statewide Implementation of the Massachusetts Collaborative Care Model in Community Health Centers", *Journal of Substance Abuse Treatment* 60 (2016): 6-13, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233698>.

- 53 P.M. High et al., "State Targeted Response to the Opioid Crisis Grants (Opioid STR) Program: Preliminary Findings From Two Case Studies and the National Cross-Site Evaluation", *Journal of Substance Abuse Treatment* 108 (2020): 48-54; Winograd et al., "Implementation and Evaluation of Missouri's Medication First Treatment Approach".
- 54 J.E. Hood et al., "Engaging an Unstably Housed Population With Low-Barrier Buprenorphine Treatment at a Syringe Services Program: Lessons Learned From Seattle, Washington", *Substance Abuse* 41, n.º 3 (2020): 356-64, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31403907>.
- 55 M.R. Lofwall y J.R. Havens, "Inability to Access Buprenorphine Treatment as a Risk Factor for Using Diverted Buprenorphine", *Drug and Alcohol Dependence* 126, n.º 3 (2012): 379-83, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22704124>; M.R. Lofwall y S.L. Walsh, "A Review of Buprenorphine Diversion and Misuse: The Current Evidence Base and Experiences From Around the World", *Journal of Addiction Medicine* 8, n.º 5 (2014): 315-26, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25221984>.
- 56 Lofwall y Havens, "Inability to Access Buprenorphine Treatment".
- 57 L.B. Monico et al., "Prior Experience with Non-Prescribed Buprenorphine: Role in Treatment Entry and Retention", *Journal of Substance Abuse Treatment* 57 (2015): 57-62.
- 58 Ibid.
- 59 Grimm, "Geographic Disparities Affect Access to Buprenorphine Services for Opioid Use Disorder".
- 60 A.S. Huhn y K.E. Dunn, "Why Aren't Physicians Prescribing More Buprenorphine?" *Journal of Substance Abuse Treatment* 78 (2017): 1-7, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28554597>; S. Mendoza, A.S. Rivera-Cabrero y H. Hansen, "Shifting Blame: Buprenorphine Prescribers, Addiction Treatment, and Prescription Monitoring in Middle-Class America", *Transcult Psychiatry* 53, n.º 4 (2016): 465-87, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27488225>.
- 61 M. Komaromy et al., "Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): A New Model for Educating Primary Care Providers About Treatment of Substance Use Disorders", *Substance Abuse* 37, n.º 1 (2016): 20-24.
- 62 Ley de Igualdad en el Tratamiento de las Adicciones de 2019, S.2074, Congreso n.º 116 (2019), <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/senate-bill/2074>.
- 63 K. Fiscella, S.E. Wakeman y L. Beletsky, "Buprenorphine Deregulation and Mainstreaming Treatment for Opioid Use Disorder: X the X Waiver", *JAMA Psychiatry* 76, n.º 3 (2019): 229-30, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30586140>.

Para obtener más información, visite:
pewtrusts.org

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.