

Implementando Servicios Clínicos dentro de los Programas de Servicios de Jeringas

Además de estar en riesgo de sufrir una sobredosis fatal, las personas que usan drogas — especialmente aquellas que se inyectan sustancias — corren el riesgo de presentar infecciones de tejidos blandos, endocarditis, e infecciones transmitidas por la sangre, como el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC).^{1,2} Las personas que usan drogas pueden tener otros problemas de salud crónicos o agudos que requieren atención; sin embargo, barreras personales y estructurales pueden impedir que accedan a los servicios de salud tradicionales. Estas barreras pueden incluir estigmatización o discriminación por parte del personal clínico, dificultades de transporte, altos costos de atención y falta de seguro médico, múltiples necesidades urgentes, y dificultades para navegar un sistema de salud complejo.³⁻⁵

Los programas de servicios de jeringas/jeringuillas (SSPs, por sus siglas en inglés) brindan servicios esenciales basados en evidencia a personas que usan drogas, incluyendo la distribución de equipos para el uso más seguro de drogas y naloxona.⁶ Los datos muestran que, mediante la provisión de estos servicios, los SSPs reducen los nuevos casos de VIH y VHC, ayudan a prevenir las muertes por sobredosis de opioides.⁶ Cada vez más, los SSPs están ampliando sus servicios para incluir atención clínica, en respuesta al interés de sus participantes por acceder a este tipo de apoyo en un solo lugar y de manera libre de discriminación o estigmatización.⁷ A través de la Encuesta Nacional de Programas de Servicios de Jeringas (NSSSP por sus siglas en inglés), el 88% de 558 SSPs informaron haber brindado al menos un tipo de servicio clínico en persona en 2024, lo que puede incluir vacunas; pruebas, prevención o tratamiento de enfermedades infecciosas; atención de heridas; o tratamiento para trastornos por uso de sustancias.⁸

Hablamos con miembros del personal de 24 SSPs, que representan distintos tipos de organizaciones y regiones de los Estados Unidos, sobre sus experiencias al implementar servicios clínicos. Estos resultados, junto con otras investigaciones y orientación de expertos, se resumen a continuación.

LA VENTAJA DE LOS SSPs

Los SSPs reportaron 2,433,155 interacciones con participantes en 2024.⁸ A través de estos encuentros, brindan servicios de bajo umbral, centrados en sus participantes, y libres de juicios, incluyendo la prevención de sobredosis y la distribución de equipo para el uso de drogas de forma más segura. Estos servicios fundamentales suelen ser la base para construir relaciones y confianza con los participantes, lo que puede aumentar la probabilidad de que utilicen otros servicios ofrecidos, como la atención para el VHC, o el tratamiento para el trastorno por uso de opioides.^{9,10} El personal de los SSPs informaron que en ocasiones, los participantes consideran al SSP como un “centro integral de servicios,” lo que sugiere que la provisión de servicios clínicos puede aumentar el acceso y mejorar los resultados de salud para las personas que usan drogas.¹¹

“[Nuestro equipo del SSP] estaba comentando de lo importante que es incorporar estos servicios [clínicos], de lo importante que es tenerlos además de los [otros] servicios que ofrecemos. No solo porque [ofrecen] acceso fácil y con pocas barreras, [y] las personas pueden acceder a ellos, sino también porque muchas personas no acuden a otros [proveedores de servicios] debido al estigma, o porque no saben si ese [proveedor] realmente podrá responder a sus necesidades...Esto es algo que creemos que podemos ofrecer para apoyar la salud integral de la persona.”

—Departamento de salud pública, región oeste

El personal de los SSPs con quienes hablamos describió el impacto de los servicios clínicos en los participantes, destacando aspectos como una mayor participación en los servicios, sentimientos de empoderamiento, mejor salud y calidad de vida.

“[En] prácticamente todas las áreas en las que hemos implementado algo nuevo hemos visto grandes efectos en las personas...nos ven como un tipo de centro integral de servicios. Especialmente con la atención de heridas, por ejemplo, estamos viendo que más personas se interesan por su propia salud y cuidan sus heridas porque tienen [servicios] disponibles en un lugar donde se sienten seguros, sin ser juzgadas, y con acceso a esos recursos. Así que, simplemente por el hecho de que ofrecemos [atención de heridas] y seamos un espacio [seguro y libre de juicios], más personas están tratando sus heridas y aprendiendo cómo evitar que empeoren.”

—Organización comunitaria, región noreste

COMO FUNCIONA

Los servicios clínicos que los SSPs deciden implementar suelen basarse en la capacidad del programa y en los deseos y necesidades de los participantes. Entre los SSPs entrevistados, las pruebas y el tratamiento de enfermedades infecciosas (por ejemplo, VIH y VHC) y la atención de heridas fueron los tipos de servicios clínicos más comúnmente ofrecidos. Además, el 75% de los SSPs entrevistados brindaban manejo de casos y 67% ofrecían asistencia para inscribirse en un seguro de salud con el fin de aumentar la participación en los servicios clínicos **(Figura 1)**.

Figura 1. Servicios Clínicos Brindados por SSPs



El personal de los SSPs describió tres modelos principales para brindar servicios en persona. Algunos SSPs utilizaron más de un modelo, dependiendo de los servicios clínicos. Por ejemplo, un SSP puede ofrecer pruebas de VIH con su propio personal, pero dependerá de organizaciones asociadas que vienen a su programa para brindar servicios de prevención o tratamiento.

- **Atención integrada brindada por una organización asociada.** SSPs se asociaron con otra organización (por ejemplo, una clínica, un hospital, una universidad o un departamento de salud pública) para ofrecer servicios clínicos. Este modelo fue el más común entre los SSPs entrevistados, especialmente entre aquellos que operan como organizaciones comunitarias, ya que las organizaciones asociadas cubren la mayoría o la totalidad de los costos de la prestación de servicios clínicos. Los SSPs utilizaron este modelo para ofrecer servicios como la atención de heridas, el tratamiento de enfermedades infecciosas y la atención primaria general. La disponibilidad de organizaciones asociadas puede influir en la integración de estos servicios en el sitio o dentro de equipos móviles, así como en la frecuencia con la que se ofrecen a los participantes. Además, cada servicio clínico puede requerir un socio diferente.

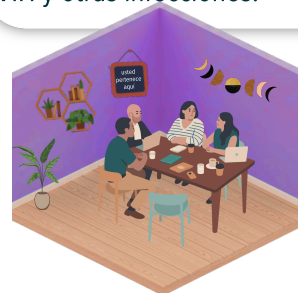
- **Atención integrada brindada por el personal del SSP.** Los SSPs contrataron o capacitaron a proveedores clínicos (por ejemplo, médicos, enfermeros practicantes, asistentes médicos y flebotomistas) para brindar servicios. Otros tipos de personales especializados comúnmente empleados directamente por los SSPs incluyen trabajadores sociales, especialistas pares certificados, trabajadores de salud comunitaria, consejeros en adicciones, y asistentes médicos. Este personal a menudo brindaba pruebas de enfermedades infecciosas y servicios no clínicos, como manejo de casos e inscripción en seguros de salud, mientras que el personal clínico ofrecía atención de heridas, tratamiento de enfermedades infecciosas, medicamentos para el trastorno por uso de sustancias y atención de salud primaria. Dado que contratar proveedores clínicos puede ser costoso, algunos SSPs los contrataron como personal externo o encontraron proveedores dispuestos a ofrecer sus servicios de manera voluntario; sin embargo, estas opciones pueden limitar al tiempo que los proveedores están disponibles en el sitio o que pueden acompañar a equipos móviles durante el horario regular de servicios. Cuando los proveedores clínicos están completamente integrados en un SSP, pueden brindar servicios con mayor frecuencia y flexibilidad. Este modelo fue menos común entre los SSPs entrevistados y puede ser más adecuado para SSPs con mejores recursos, incluidos aquellos operados por departamentos de salud o integrados dentro de organizaciones de atención médica que ya emplean proveedores clínicos.

Los SSPs brindan **equipo para un uso más seguro de drogas y naloxona**, ayudando a reducir la transmisión de enfermedades infecciosas y sobredosis fatales.



Muchos SSPs han ampliado sus servicios para incluir **pruebas de salud y vacunación**, abordando condiciones prevenibles comunes entre participantes.

Algunos SSPs también ofrecen **servicios clínicos más especializados**, como cuidado de heridas o recetas, para tratar el VIH y otras infecciones.



Con **apoyo entre pares y acompañamiento**, muchos participantes reciben ayuda para obtener seguro de salud y asistir a citas dentro o fuera del SSP.



- **Derivación acompañada a la organización principal.** Los SSPs que forman parte de una organización más amplia que ofrece servicios integrales de atención médica conectaron rápidamente a los participantes con el personal clínico. La mayoría de los SSPs entrevistados que utilizaron este modelo indicaron que los servicios clínicos siempre han sido una parte integral de su programa, dado el enfoque y las prioridades de la organización principal. Este modelo puede ser útil para organizaciones de servicios de VIH/SIDA, clínicas de salud comunitarias o agencias de servicios sociales que estén considerando establecer un SSP y busquen garantizar que los participantes tengan acceso integrado a todos los servicios que ofrece su organización.

El modelo de prestación implementado puede influir en el grado en que los servicios clínicos se integran con los servicios principales del SSP, como la distribución de equipo y la prevención de sobredosis. Además, personal de los SSPs describieron que ofrecen a los participantes derivaciones acompañadas a otras organizaciones para servicios esenciales que no pueden brindar en su programa.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Personal de los SSPs describieron una variedad de fuentes de financiamiento utilizadas para cubrir el costos de brindar servicios clínicos, incluyendo subvenciones estatales y federales, subvenciones de fundaciones y fondos provenientes de acuerdos legales relacionados con opioides (opioid settlement funds). Las subvenciones del State Opioid Response y los Substance Use Prevention, Treatment, and Recovery Services Block Grants, distribuidos a través de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), pueden ayudar a cubrir medicamentos para el trastorno por uso de opioides y una variedad de servicios integrales, mientras que el financiamiento a través del [Ryan White HIV/AIDS Program](#) puede apoyar una variedad de servicios relacionados con el VIH. Para obtener información sobre cómo acceder a fondos de acuerdos legales sobre opioides, consulte [la guía práctica](#) de National Association of County and City Health Officials (NACCHO).

Muchos SSPs que se asociaron con otras organizaciones se beneficiaron de que estas cubrieran los costos de los servicios clínicos. Las organizaciones asociadas y algunos SSP facturaron a seguros médicos como una forma principal de cubrir estos costos. Para más información sobre el financiamiento de servicios de salud para los SSPs, consulte [este curso en línea](#) gratuito de la National Harm Reduction Coalition (NHRC).

A QUIEN INVOLUCRAR

Personal de los SSPs identificaron grupos claves con quien colaborar para apoyar a la implementación de servicios clínicos.

- **Participantes de los SSPs.** SSPs utilizaron comentarios de sus participantes (por ejemplo, a través de encuestas a clientes o juntas asesoras) para determinar qué tipos de servicios clínicos serían más útiles y para adaptarlos y mejorarlos como fuera necesario. Los participantes también compartieron información sobre otros proveedores de servicios con los que interactúan, lo que puede ayudar a los SSPs a decidir a dónde derivar, o no derivar, a las personas cuando necesitan acceder a un servicio que el SSP no ofrece.



“Hacemos encuestas en momentos específicos...pero también hay un componente de atención al cliente. Ahí es realmente donde recopilamos la información para dar forma a nuestro programa. Así es como nuestro programa se ha convertido en lo que es — por lo que los participantes han compartido con nosotros.”

—Departamento de salud pública, región oeste

- **Personas que toman decisiones en la comunidad.** La participación comunitaria, la educación y la creación de coaliciones pueden ayudar a garantizar que los SSPs cuenten con el apoyo y los recursos necesarios para ofrecer servicios adicionales. Personal de algunos SSPs describieron el uso de la educación comunitaria y la colaboración con coaliciones locales de salud pública o de uso de sustancias para generar apoyo e identificar proveedores interesados en ofrecer servicios clínicos en su SSP o en aceptar derivaciones acompañadas desde el SSP. La [guía](#) de NACCHO sobre como aumentar la educación y la colaboración comunitaria, el [conjunto de herramientas](#) de NHRC sobre cómo desarrollar apoyo centrado en la comunidad, y la [biblioteca de recursos](#) de National Overdose Prevention Network ofrecen más información sobre estrategias de educación y participación comunitaria, apoyo comunitario para los SSPs y desarrollo de coaliciones.
- **Socios con valores y enfoques alineados.** Las alianzas a menudo brindan a los participantes la oportunidad de interactuar con personal licenciado, como médicos, enfermeros de practica avanzada, técnicos en emergencias médicas (EMT por sus siglas en ingles), dentistas, consejeros y psiquiatras. Estos proveedores pueden ofrecer algunos de los servicios clínicos más necesarios, incluido atención de heridas, recetas médicas para condiciones agudas o crónicas, y servicios de salud mental. Personal de los SSPs señalaron con frecuencia que posibles socios se acercaban a ellos para colaborar. Desde proveedores individuales hasta clínicas de salud comunitarias, estos socios tenían un interés compartido en atender a la misma población y reconocían el valioso trabajo que realizan los SSPs. Aquellos SSPs que necesitaban buscar socios priorizaron organizaciones con valores similares y proveedores que ofrecieran servicios de bajo umbral y centrados en los participantes. Los SSPs dedicaron tiempo a evaluar cuidadosamente a estas organizaciones, programando conversaciones o entrevistas y, en algunos casos, estableciendo un memorando de entendimiento para formalizar la colaboración.

“Fuimos el primer SSP en el estado, así que tuvimos que superar una gran cantidad de barreras relacionadas con el financiamiento, las alianzas y todo tipo de cosas. Resulta que contamos con una organización local de servicios de SIDA en nuestra comunidad que comparte valores muy similares, y fue un primer socio fácil. Ellos no ofrecen servicios de jeringas, pero los entienden y están alineados con ese enfoque.”






—Organización comunitaria, región sur

- **Personal de los SSPs con experiencia viva o vivida.** Aunque fue menos común que los SSPs tengan a personas con experiencia viva o vivida brindando servicios clínicos directamente, casi todas las personas entrevistadas destacaron la importancia de tener personal con esta experiencia para apoyar a la participación de los participantes en los servicios clínicos. La contratación de personas con experiencia viva o vivida puede ser más difícil para los SSPs operados por departamentos de salud o Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC, por sus siglas en ingles), ya que con mayor frecuencia requieren verificaciones de antecedentes o reciben financiamiento federal que exige el cumplimiento estricto de pólizas de lugares de trabajo libres de drogas. Este [guía](#) contiene información útil sobre cómo contratar y apoyar a personas que usan drogas.



DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Personal de los SSPs con los que hablamos destacaron varios factores que influyen en cómo implementan, adaptan y mejoran los servicios clínicos.

-  **Estigma.** Personal de los SSPs señalaron el estigma como una razón por la cual algunos financiadores y miembros de la comunidad no ven valor en priorizar la implementación de servicios clínicos para personas que usan drogas, lo que contribuye a una falta de apoyo y recursos para ofrecer estos servicios. El personal describió la importancia de involucrar y educar constantemente a la comunidad para generar apoyo hacia su programa y reducir el estigma hacia los participantes. También mencionaron la identificación de personas aliadas clave dentro de la comunidad o de organizaciones asociadas, incluidos los departamentos de salud locales, que pueden ayudar a fortalecer el respaldo a sus servicios.
-  **Capacidad.** Personal de los SSPs frecuentemente describieron que la falta de financiamiento y personal limita la capacidad de los SSPs para implementar y ampliar servicios más allá de los servicios básicos.¹² Por ello, los SSPs deben priorizar cuidadosamente qué servicios ofrecer — enfocándose primero en los servicios esenciales. La mayoría de los SSPs pudieron ampliar su oferta para incluir servicios clínicos mediante alianzas con otras organizaciones que pueden cubrir los costos de prestación de servicios, incluyendo el tiempo de un personal licenciado.
-  **Apoyo de liderazgo.** Los SSP operados por departamentos de salud pública u organizaciones de servicios más amplios pueden enfrentar dudas por parte del liderazgo, especialmente si no comprenden completamente el valor de priorizar servicios clínicos para personas que usan drogas. Personal de los SSPs señalaron que utilizar los comentarios de los participantes para demostrar la necesidad de servicios específicos, junto con evidencia externa que demuestra el impacto de facilitar el acceso a estos servicios, fue una estrategia efectiva para lograr el apoyo del liderazgo.
-  **Burocracia organizacional.** Al intentar implementar nuevos servicios, los SSPs pueden enfrentar requisitos adicionales y potencialmente complejos, desde nuevas políticas y procedimientos hasta la formalización de acuerdos con organizaciones asociadas. Los SSPs operados por departamentos de salud pública u organizaciones más grandes pueden enfrentar barreras adicionales si se requieren múltiples niveles de aprobación, lo que puede retrasar la implementación de nuevos servicios. El personal señaló que identificar personas aliadas dentro de la organización para agilizar procesos y asegurar que el liderazgo priorice la implementación de servicios ayudó a superar estos desafíos.
-  **Limitaciones de los socios.** Los SSPs que se asocian con otras organizaciones para brindar servicios clínicos pueden enfrentar limitaciones que afectan la continuidad y frecuencia de los servicios. Por ejemplo, el personal mencionó conflictos de programación con socios, dificultades cuando una persona clave en la organización asociada deja su puesto, o cambios en los servicios cuando una alianza evoluciona o termina. Destacar datos sobre el impacto positivo de los servicios clínicos en personas que usan drogas puede ayudar a mantener el financiamiento y el compromiso de los socios. Además, las organizaciones asociadas pueden tener requisitos para los participantes (por ejemplo, citas más frecuentes o recurrentes) que pueden generar barreras para algunos participantes. Mantener conversaciones y negociaciones continuas con los socios puede ayudar a abordar estos desafíos y apoyar la provisión de servicios de bajo umbral.



RECURSOS ADICIONALES

Para más información sobre implementando servicios clínicos dentro de su organización, envíele un correo electrónico a training@harmreduction.org.

Este recurso comparte resultados del proyecto Fortalecimiento de los SSPs y fue posible gracias al acuerdo de cooperación NU52PS910232 de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC. Para obtener más información sobre el proyecto, por favor envíe un correo electrónico a nsssp@rti.org.

REFERENCIAS

1. Rich KM, & Solomon DA. (2023). Medical complications of injection drug use—Part I. *NEJM Evidence*, 2(2), EVIDra2200292. <https://doi.org/10.1056/EVIDra2200292>.
2. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, et al. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: Harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet*, 394(10208), 1560–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32229-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9).
3. Motavalli D, Taylor JL, Childs E, et al. (2021). “Health is on the back burner:” Multilevel barriers and facilitators to primary care among people who inject drugs. *Journal of General Internal Medicine*, 36(1), 129–137. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06201-6>.
4. Miller-Lloyd L, Landry J, Macmadu A, et al. (2020). Barriers to healthcare for people who inject drugs: A survey at a syringe exchange program. *Substance Use & Misuse*, 55(6), 896–899. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1710207>.
5. Biancarelli D L, Biello KB, Childs E, et al. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037>.
6. Mackey KM, Beech EH, Williams BE, et al. (2023). Effectiveness of syringe services programs: A systematic review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598962/>.
7. Muncan B, Walters SM, Ezell J, et al. (2020). “They look at us like junkies”: Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>.
8. Patel SV, Humphrey JL, Wenger LD, et al. (2025). Program and operational characteristics of syringe services programs—Data from the National Survey of Syringe Services Programs, 2024 [Dataset]. RTI International. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15731105>.
9. Muncan B, Jordan AE, Perlman DC, et al. (2021). Acceptability and effectiveness of hepatitis C care at syringe service programs for people who inject drugs in New York City. *Substance Use & Misuse*, 56(5), 728–737. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1892142>.
10. Lambdin BH, Kan D, & Kral AH. (2022). Improving equity and access to buprenorphine treatment through telemedicine at syringe services programs. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00483-1>.
11. Bartholomew TS, Andracka-Cristou B, Totaram RK, et al. (2022). “We want everything in a one-stop shop”: Acceptability and feasibility of PrEP and buprenorphine implementation with mobile syringe services for Black people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00721-6>.
12. Akiba CF, Smith J, Wenger LD, et al. (2024). Financial barriers, facilitators, and strategies among syringe services programs in the US, and their impact on implementation and health outcomes. *SSM—Qualitative Research in Health*, 5, 100421. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100421>.

