

En defensa de los **programas de reducción de daños** para **usuarios de drogas inyectables**

JULIE KULIKOWSKI, BSN, RN, Y ERIKA LINDER, BSN, RN

EN MUCHAS ZONAS de Estados Unidos, las tasas de incidencia del VIH/sida han descendido en los últimos años¹. A pesar de este éxito, la evidencia sugiere que solo en Estados Unidos aproximadamente 50.000 personas contraen la infección por el VIH cada año². La actual crisis de opioides que está asolando el país amenaza con impulsar aún más el VIH a proporciones epidémicas: aunque el VIH comúnmente se transmite mediante conductas sexuales, también se propaga a través del uso compartido de agujas para inyectarse drogas.

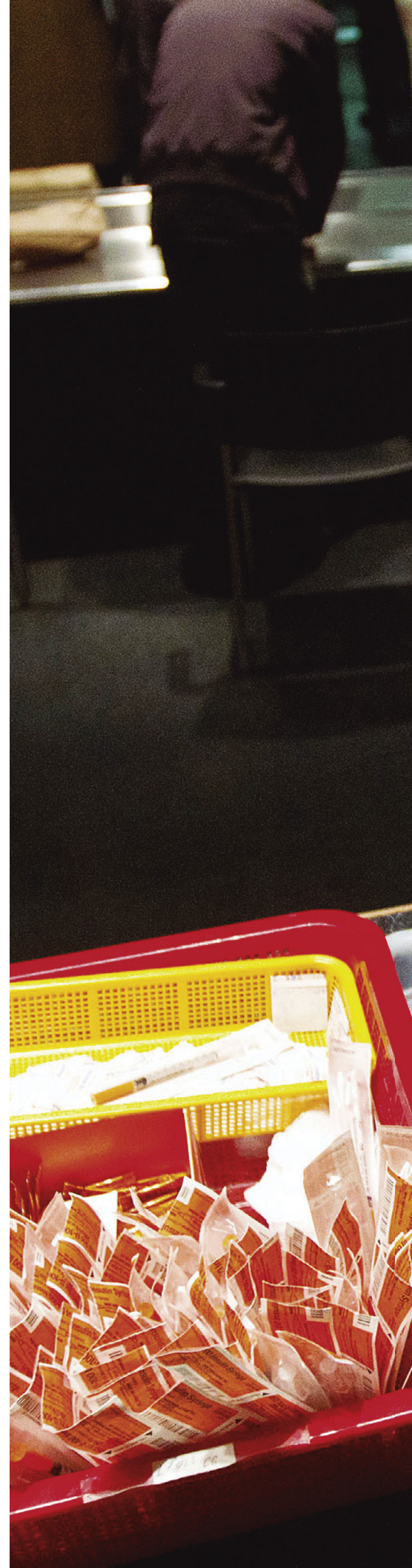
Por desgracia, la práctica de compartir agujas, jeringuillas y otros materiales para la inyección es frecuente entre los usuarios de drogas inyectables ilegales o recreativas. Un estudio a gran escala de esta población encontró que el 40% de los usuarios de drogas inyectables (UDI) admitían haber compartido jeringuillas³. Por este motivo, los UDI tienen mayor riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades transmisibles a través de la exposición sanguínea y de transmitir enfermedades a la sociedad en general⁴.

Este artículo analiza la evidencia que respalda las estrategias de reducción de daños, como los programas de intercambio de agujas y las salas supervisadas de inyección de drogas, y defiende la facilitación del uso de estas estrategias en Estados Unidos.

El consumo de drogas inyectables propaga la infección por el VIH

En 2014, aproximadamente 774.434 adultos y adolescentes de Estados Unidos se inyectaron drogas ilegales⁵. Estos UDI constituyen solo el 3% de la población, pero representan de manera desproporcionada el 22% de todas las personas que viven con la infección del VIH. Los UDI también ponen en riesgo de contraer el VIH a sus parejas sexuales que no se inyectan drogas. Las estimaciones sugieren que, sin intervención, cada UDI infectado transmite el VIH a una media de otras 10 personas y la mitad de las transmisiones se producen dentro del primer mes de la infección⁶.

El consumo de drogas inyectables actualmente está aumentando a un ritmo más rápido que cuando se implementan programas de prevención⁶. Si continúan las tasas actuales de consumo de drogas inyectables, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) prevén que 1 de cada 23 mujeres que se inyectan drogas y 1 de cada 36 hombres que se inyectan drogas serán diagnosticados con



APR / STRINGER / GETTY



el VIH en su vida (v. el cuadro *Supervivencia con el VIH: estadísticas que invitan a la reflexión*)⁷.

El consumo de drogas inyectables y la posterior transmisión del VIH es, sin lugar a dudas, un problema de salud pública actual y grave. La mejor manera de abordar esta crisis es un tema controvertido.

Políticas en contradicción

Dos tipos de políticas dominan el debate sobre la reducción de los daños por el consumo de drogas inyectables⁸. El primer enfoque aprovecha la aplicación de la ley para prohibir y criminalizar la posesión y el consumo de sustancias ilegales. La segunda opción, conocida como el enfoque de reducción de daños, se esfuerza por lograr un consumo más seguro de las drogas inyectables. Esta estrategia de salud pública consta de políticas, programas y prácticas para reducir las consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas que acarrea el consumo de drogas inyectables sin reducir necesariamente las tasas de consumo. Entre los ejemplos se encuentran programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) y salas supervisadas (o seguras) de inyección de drogas.

La reducción de daños no solo tiene como objetivo mejorar la salud y seguridad de los UDI, sino también proteger a sus familias y a la sociedad en general. Este enfoque no sustituye a las estrategias de prevención o tratamiento; más bien, complementa esos esfuerzos como parte de una respuesta integral de salud pública⁸.

La programación de reducción de daños ya ha tenido importantes repercusiones en la disminución de la incidencia del VIH

entre los UDI⁴. La Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y los CDC adoptaron la estrategia⁷⁻⁹. Sin embargo, actualmente en Estados Unidos el consumo de drogas inyectables se trata, en gran medida, como una actividad delictiva y no como un problema de salud pública. La criminalización y el estigma con que todavía se señala al consumo de drogas inyectables en la actualidad continúan siendo una barrera para los programas destinados a ayudar a esta población.

Programas de intercambio de jeringuillas

Eliminar el intercambio de jeringuillas es fundamental para reducir la morbilidad a largo plazo por el VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre entre los UDI¹⁰. Los programas de reducción de daños pueden ayudar a eliminar el intercambio de jeringuillas mediante la educación y el suministro de materiales estériles para la inyección.

Los PIJ permiten el acceso a agujas y jeringuillas estériles sin coste alguno, y facilitan la eliminación segura de agujas y jeringuillas usadas³. Estos programas extrahospitalarios se han vinculado con la reducción del intercambio de jeringuillas y agujas, así como de otros materiales para la inyección¹¹. Esta tendencia se cumple incluso cuando se controlan las variables demográficas y de comportamiento, como edad, raza/etnia, sexo, nivel educacional, lugar de residencia, frecuencia de administración de inyecciones y droga inyectada. De hecho, se ha demostrado

que, cada vez que aumenta el suministro de agujas estériles por parte de los PIJ locales, hay una disminución en la comunicación posterior de infecciones por el VIH entre los UDI relacionada con ese aumento de suministros¹¹. Esta relación inversa se ejemplifica en una revisión exhaustiva de los datos de toda Europa, Asia y Norteamérica que encontraron que la incidencia del VIH en ciudades sin PIJ aumenta el 5,9% por año mientras que la incidencia *disminuye* el 5,8% por año en las ciudades con PIJ¹².

Por desgracia, los PIJ continúan siendo ampliamente subutilizados en Estados Unidos si se compara el uso que se hace de ellos en Australia, Canadá y muchos países de Europa Occidental. Con tan solo un aumento del 5% en el uso de los PIJ podrían registrarse notables reducciones en la incidencia de la infección por el VIH. Según algunas estimaciones, esta disminución en la incidencia del VIH podría alcanzar casi el 35% en 2040 y más del 60% si se combina con los programas de tratamiento de abuso de sustancias¹³.

A pesar de la evidencia que respalda la efectividad y seguridad de los PIJ, estos servicios a menudo se encuentran con una oposición que limita o, en el peor de los casos, suspende la prestación de servicios¹⁴. Actualmente, 41 estados poseen programas de intercambio de jeringuillas, cuando solo 33 estados contaban con ellos hace solo 3 años¹⁵. Sin embargo, la oferta de jeringuillas a menudo se encuentra claramente por debajo de la demanda. En un período reciente de 5 años, el número de jeringuillas distribuidas por los PIJ en Estados Unidos se redujo de 22 a 15 jeringuillas/año/UDI¹⁴.

Las fuerzas políticas y sociales desempeñan un papel fundamental en la aceptación o el rechazo de los PIJ en cada comunidad¹⁴. Algunos argumentan que los programas solo perpetuarán o agravarán la adicción a las drogas. Sin embargo, no parece que los PIJ aumenten el consumo o promuevan el inicio del consumo de drogas, ni que aumenten las tasas de delincuencia o de agujas usadas abandonadas¹⁴. De hecho, los CDC informan de que los PIJ realmente reducen el consumo de drogas porque los UDI tienen cinco veces más probabilidades de

Supervivencia con el VIH: estadísticas que invitan a la reflexión

Los usuarios de drogas inyectables no solo corren mayor riesgo de contraer el VIH, sino también mayor riesgo de morbilidad y mortalidad debido al VIH. Mitsch, Hall y Babu notificaron que, entre todas las personas diagnosticadas con VIH, las personas que contrajeron la enfermedad por el uso de drogas inyectables presentan una esperanza de vida más corta que las que contrajeron el VIH de manera diferente¹⁷. Los Centers for Disease Control and Prevention recalcan que, a todas las edades e independientemente del sexo, la supervivencia después de un diagnóstico del VIH es más baja entre las personas que consumen drogas inyectables que entre las personas de todas las demás categorías de transmisión⁷.

entrar en los programas de tratamiento cuando utilizan los PIJ. Además, los PIJ reducen las lesiones por pinchazos de agujas entre los especialistas en primeros auxilios, un peligro al que uno de cada tres médicos se enfrentará en su carrera⁷. Los PIJ incluso reducen los costes de atención sanitaria de los contribuyentes y mantienen los recursos mediante la prevención de infecciones. El coste medio de por vida de tratar a una persona infectada con el VIH se estima en más de 400.000 dólares⁷.

Puesto que constantemente se ha encontrado que los PIJ son una forma efectiva de combatir la transmisión del VIH entre los UDI, muchos investigadores sugieren que es necesario el aumento inmediato de los programas de prevención en grupos de UDI para reducir notablemente la transmisión del VIH relacionada con las drogas en Estados Unidos^{11,13,14,16,17}. Los CDC incluso han añadido el acceso a agujas y jeringuillas estériles a su lista de actuaciones para la prevención del VIH basadas en la evidencia¹¹. Ahora que un importante conjunto de investigaciones respalda la seguridad y la eficacia de los PIJ, se justifican los esfuerzos para implementar estos programas a mayor escala.

Siguiente paso: salas supervisadas de inyección

La nueva investigación basada en la evidencia sobre programas de reducción de daños apunta a las salas supervisadas de inyección como el siguiente paso fundamental para aumentar la seguridad de los UDI¹⁶. Las salas supervisadas de inyección permiten el uso limpio y legal de las drogas obtenidas previamente con una supervisión profesional en un entorno sin prejuicios⁸. El funcionamiento de las salas individuales varía, pero muchas funcionan de manera similar a otras clínicas médicas con un control de enfermería centralizado donde el personal médico guarda las agujas esterilizadas y el equipo de inyección, como torniquetes y vendas¹⁶. Los UDI se registran en el mostrador de recepción, donde se les pregunta sobre su uso y se les ofrece información sobre seguridad y opciones de tratamiento. Luego se les permite el acceso a una sala privada

donde se pueden inyectar o a una sala de inyección grande con un espacio común. Profesionales, generalmente enfermeras, supervisan constantemente y ofrecen cuidados de urgencia si es necesario. En cada encuentro, las enfermeras ofrecen la orientación adecuada en forma de práctica basada en la evidencia para la seguridad del usuario y educación sobre las opciones de tratamiento y los análisis de detección de enfermedades¹⁶.

A principios de 2016, aproximadamente 100 salas supervisadas de inyección funcionaban, por lo menos, en 66 ciudades de 9 países de todo el mundo¹⁸. La primera sala supervisada de inyección de Norteamérica se abrió en Vancouver, Canadá, hace 15 años¹⁸.

A pesar de que ha pasado más de una década realizando esfuerzos privados y presión política, actualmente no se han establecido salas supervisadas de inyección en Estados Unidos aunque se están valorando algunos programas en varias ciudades. En febrero de 2018, el Departamento de Salud Pública de San Francisco aprobó por unanimidad las recomendaciones para abrir la primera sala supervisada de inyección del país. Se ha programado abrir dos centros en julio de 2018 con fondos privados. Del mismo modo, Filadelfia, Seattle y Baltimore están valorando seguir este ejemplo¹⁹.

El principal mecanismo por el cual las salas supervisadas de inyección reducen la transmisión del VIH es la modificación de los comportamientos de riesgo³. Al analizar las percepciones de los UDI respecto a las salas supervisadas de inyección, Petrar et al. notificaron que en el 75% de los usuarios se produjeron cambios de comportamiento de inyección como resultado directo del acceso a un centro²⁰. Entre estos cambios se contaban menos inyecciones apresuradas, menos inyecciones en lugares públicos, menos abandono de agujas o jeringuillas usadas y mayor probabilidad de que se utilizase material limpio en un lugar de inyección limpio. Las peticiones más frecuentes fueron más horas de funcionamiento y tiempos de espera más cortos, ambos indicativos de la popularidad del programa entre los UDI. Estudios más recientes

también han demostrado que el acceso a un centro cambia positivamente el comportamiento en el momento de la inyección, lo que lleva a poblaciones más limpias y seguras²¹.

La mayoría de las salas supervisadas de inyección ofrecen servicios que van más allá de la supervisión de enfermería. Se ofrece educación sobre prácticas de inyección más seguras, prevención de sobredosis, cuidado de heridas y prácticas sexuales más seguras⁸. En muchas salas, los médicos también realizan pruebas de detección del VIH, hepatitis C y otras enfermedades de transmisión sexual; detección de tuberculosis; vacunaciones y profilaxis pre/postexposición al VIH⁷.

Los beneficios secundarios de las salas supervisadas de inyección han sido enormes. Estas salas conectan a los UDI con recursos como el seguimiento sanitario, el tratamiento del consumo de sustancias y los servicios sociales¹⁴. Puesto que muchas personas que utilizan los PIJ o las salas supervisadas de inyección no tienen acceso de otra manera a los servicios sanitarios, estos beneficios son muy importantes⁸. Las salas supervisadas de inyección pueden ser el primer punto de participación para muchos UDI, que vincule a una población que a menudo tiene difícil acceso a los servicios sanitarios tan necesarios¹⁴.

Quedan muchos retos por superar. Por ejemplo, pocas salas de inyección están abiertas las 24 horas, por lo que a veces a los UDI no les queda otra opción que la inyección en un lugar público. Además, las colas para acceder a estas salas pueden ser largas, lo que es especialmente problemático para los usuarios que experimentan el síndrome de abstinencia. Algunos UDI comunican que dudan en utilizar salas supervisadas de inyección por temor a decepcionar a los miembros del personal con quienes han establecido una relación positiva²².

Beneficios potenciales en Estados Unidos

Los investigadores sugieren que si las salas supervisadas de inyección se utilizaran ampliamente en Estados Unidos, los efectos positivos se sentirían no solo entre los

UDI, sino también en la comunidad del entorno¹⁶. Los investigadores recientemente estudiaron la frecuencia de las pruebas del VIH entre individuos de alto riesgo para establecer no solo si el público está siguiendo bien las pautas de las pruebas, sino también para conocer el éxito de los programas de prevención del VIH en fomentar las pruebas²² y hallaron que el tiempo que mediaba entre dos pruebas del VIH consecutivas entre los UDI había disminuido durante la última década. Se puede extrapolar que el aumento de la disponibilidad de las pruebas del VIH mediante programas de reducción de daños desempeña un papel en la mayor frecuencia de las pruebas del VIH entre los UDI²². Por tanto, se puede deducir razonablemente que los programas de reducción de daños pueden ayudar a reducir el intervalo en que los UDI con VIH transmiten el virus a otras personas sin saberlo.

Además, las salas supervisadas de inyección están relacionadas con un ahorro de costes para los contribuyentes debido a la menor demanda de ambulancias y servicios médicos proporcionados para aquellos con sobredosis o complicaciones relacionadas con el consumo de drogas inyectables, como la infección por el VIH. Irwin et al. sugieren que abrir una única sala supervisada de inyección en una ciudad estadounidense podría generar un ahorro neto de tres millones y medio de dólares por año²³. Los programas de prevención del VIH asociados con los cuidados continuos y destinados a ayudar a las personas que ya están infectadas para que se reduzca el riesgo de transmisión pueden ser rentables e, incluso, ahorrar costes².

Es evidente la necesidad de iniciativas de salud pública para la reducción de daños, como las salas supervisadas de inyección. En muchas zonas del país, incluso en los estados donde las iniciativas de salud pública tienen una buena financiación, el número de usuarios de drogas, la incidencia del VIH y las sobredosis de drogas están aumentando¹⁶. Los investigadores están de acuerdo en que la oposición a los programas de prevención debe superarse con mayor educación, defensa e implementación de programas de reducción de daños¹⁶.



No parece que los programas de intercambio de jeringuillas aumenten el consumo o promuevan el inicio del consumo de drogas, ni que aumenten las tasas de delincuencia o de agujas usadas abandonadas.

Implicaciones en la práctica de la enfermería

La importancia de la expansión de los programas de reducción de daños en la reducción de la incidencia del VIH es un tema frecuente en la investigación actual⁶. La promoción y educación de la enfermería es imprescindible para continuar mejorando la concienciación sobre la reducción de daños entre los UDI al mismo tiempo que ayuda a que los colegas de enfermería puedan aumentar el éxito de los PIJ en sus

poblaciones⁴. Es fundamental una mayor presencia de liderazgo de salud pública en la implementación de los PIJ y otros programas de reducción de daños¹³. Este liderazgo puede provenir de las enfermeras de salud pública y de salud comunitaria, o de cualquier enfermera suficientemente motivada para implicarse.

De todos los profesionales sanitarios, las enfermeras a menudo pasan más tiempo con los pacientes. Ello les da tiempo para crear vínculos profundos y de confianza con el paciente y los miembros de la familia. Puesto que el consumo de drogas inyectables es un tema tabú y está penalizado, es necesaria esta relación de confianza para romper las barreras de comunicación entre los UDI y los profesionales sanitarios, y crear una oportunidad para la educación sobre el uso de agujas limpias. Cuanto más informadas estén las enfermeras sobre los recursos de prevención del VIH en su población, más cómodas se sentirán al fomentarlos.

En la actualidad, existe gran desigualdad en las tasas de incidencia del VIH entre los UDI de raza negra e hispana y los UDI de raza blanca⁵. La educación y la promoción entre las poblaciones marginadas para que utilicen cuidados culturalmente competentes es una manera de abordar estas desigualdades que una enfermera puede poner en marcha de manera efectiva. La programación actual debe evaluarse y diseñarse para garantizar un enfoque culturalmente integral para que todos los UDI reciban cuidados efectivos⁵. La enfermera puede transformar la formación especializada en cuidados culturalmente competentes en programas de iniciación que lleguen a todas las culturas afectadas por el consumo de drogas inyectables.

Los objetivos específicos de la enfermera dentro de estas iniciativas de salud pública incluyen la recogida de datos para ayudar a la planificación e implementación de los programas que ayudan a los UDI que corren el riesgo de infectarse por el VIH. Entre estos datos se encuentran un censo preciso de los UDI, las tasas de infección por el VIH entre ellos y la información demográfica sobre los afectados⁵. Esto podría lograrse a través de la salud pública o la enfermería de salud comunitaria.

Preocupaciones legales y éticas

Es propia de los programas de reducción de daños la asociación con el consumo ilegal de sustancias. Ello lleva a preocupaciones legales y éticas para las enfermeras tanto a nivel estatal como federal. Un área que se cuestiona es la legalidad de poseer y distribuir jeringuillas y otros accesorios que se utilizan activamente para el consumo de drogas ilegales en las salas supervisadas de inyección. La posición de la Canadian Nurses Association es que, en este contexto, el equipo obtenido en las salas supervisadas de inyección debe considerarse un instrumento para prevenir la transmisión de enfermedades y fomentar prácticas de consumo más seguras⁸.

En Canadá se han implementado políticas gubernamentales mediante acuerdos, exenciones y enmiendas a las leyes sobre sustancias en defensa de las salas supervisadas de inyección. Esto libera a los trabajadores sanitarios de la responsabilidad penal por el hecho de participar en estos programas de reducción de daños⁸.

Las enfermeras de un centro de reducción de daños en Vancouver estaban muy preocupadas por los casos de sobredosis *in situ*, así como por las infecciones de tejidos blandos evitables asociadas con el consumo de drogas inyectables⁸. Al cuestionarse si se consideraría propio de la práctica de la enfermería que los usuarios recibieran educación sobre prácticas de inyección i.v. seguras basadas en la evidencia, presentaron esta inquietud a la Registered Nurses Association British Columbia (RNABC). La RNABC estableció que esto era, de hecho, propio de la práctica de la enfermería, ya que esta promoción del conocimiento basado en la evidencia ayudaría a fomentar la salud y reducir la enfermedad en esta población de alto riesgo⁸.

En Estados Unidos, donde actualmente no funcionan salas supervisadas de inyección, este es un territorio en gran parte inexplorado. Hay pocos datos disponibles sobre las consecuencias legales y éticas por la participación de una enfermera en los programas de reducción de daños en Estados Unidos. En San Francisco, donde posiblemente

la primera sala supervisada de inyección que se abra del país realmente incumpla las leyes federales y de California, los legisladores estatales ya están trabajando en un proyecto de ley que protegería a las personas relacionadas con la sala de inyección, incluidos los propietarios, el personal médico y los UDI, para que no fueran arrestadas¹⁹.

Estrategias de futuro

Canadá ha hecho un progreso importante en las prácticas de reducción de daños. Este éxito se puede utilizar como una plantilla para el progreso en Estados Unidos, especialmente con la ayuda de los esfuerzos atenuantes de las enfermeras en defensa y educación, que son imprescindibles para continuar mejorando la concienciación de los PIJ entre los UDI⁴. Recopilar datos precisos, impartir una educación fiable y fomentar la participación de la comunidad darán aún más soporte a estos programas y encabezarán la creación de programas más sólidos para la reducción de daños. Mediante la investigación en enfermería, estos programas se han afianzado y la investigación en enfermería en curso apoya su expansión continua. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. U.S. Department of Health and Human Services. CDC fact sheet. Today's HIV/AIDS epidemic. 2016. www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/todaysepidemic-508.pdf.
2. Lin F, Farnham PG, Shrestha RK, Mermin J, Sansom SL. Cost effectiveness of HIV prevention interventions in the U.S. *Am J Prev Med*. 2016;50(6):699-708.
3. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. HIV and injection drug use. 2016. www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/cdc-hiv-idu-fact-sheet.pdf.
4. Wejnert C, Hess KL, Hall HI, et al. Vital signs: trends in HIV diagnoses, risk behaviors, and prevention among persons who inject drugs—United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(47):1336-1342.
5. Lansky A, Finlayson T, Johnson C, et al. Estimating the number of persons who inject drugs in the United States by meta-analysis to calculate national rates of HIV and hepatitis C virus infections. *PLoS One*. 2014;9(5):e97596.
6. Vasylyeva TI, Friedman SR, Lourenco J, et al. Reducing HIV infection in people who inject drugs is impossible without targeting recently-infected subjects. *AIDS*. 2016;30(18):2885-2890.
7. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Reducing harms from injection drug use & opioid use disorder with syringe services programs. 2017. www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/cdchiv-fs-syringe-services.pdf.

8. Canadian Nurses Association. Harm reduction and illicit substance use: implications for nursing. 2017. www.cna-aici.ca/en/policy-advocacy/harmreduction.
9. United Nations. UNAIDS. www.unaids.org/en/whowere/about.
10. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, et al. Interventions to prevent HIV and hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy*. 2014;25(1):34-52.
11. Burt RD, Thiede H. Reduction in needle sharing among Seattle-area injection drug users across 4 surveys, 1994-2013. *Am J Public Health*. 2016;106(2):301-307.
12. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2015;26(suppl 1):S5-S11.
13. Marshall BD, Friedman SR, Monteiro JF, et al. Prevention and treatment produced large decreases in HIV incidence in a model of people who inject drugs. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(3):401-409.
14. Deren S, Naegle M, Hagan H, Ompad DC. Continuing links between substance use and HIV highlight the importance of nursing roles. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017;28(4):622-632.
15. North American Syringe Exchange Network. Directory of Syringe Exchange Programs. <https://nasen.org/directory>.
16. Kral AH, Davidson PJ. Addressing the nation's opioid epidemic: lessons from an unsanctioned supervised injection site in the U.S. *Am J Prev Med*. 2017;53(6):919-922.
17. Mitsch AJ, Hall HI, Babu AS. Trends in HIV infection among persons who inject drugs: United States and Puerto Rico, 2008-2013. *Am J Public Health*. 2016;106(12):2194-2201.
18. Drug Policy Alliance. Supervised injection facilities. 2016. www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA%20Fact%20Sheet_Supervised%20Injection%20Facilities%20%28Feb.%202016%29.pdf.
19. Lieber M. Safe injection sites in San Francisco could be first in the U.S. CNN news report. 2018. www.cnn.com/2018/02/07/health/safe-injectionsites-san-francisco-opioid-epidemic-bn/index.html.
20. Petrar S, Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JS, Wood E. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav*. 2007;32(5):1088-1093.
21. Ontario HIV Treatment Network. Rapid response. What is the effectiveness of supervised injection services? 2014. www.ohtn.on.ca/Pages/Knowledge-Exchange/Rapid-Responses/Documents/RR83-Supervised-Injection-Effectiveness.pdf.
22. An Q, Song R, Finlayson TJ, Wejnert C, Paz-Bailey G. Estimated HIV inter-test interval among people at high risk for HIV infection in the U.S. *Am J Prev Med*. 2017;53(3):355-362.
23. Irwin A, Jozaghi E, Bluthenthal RN, Kral AH. A cost-benefit analysis of a potential supervised injection facility in San Francisco, California, USA. *J Drug Issues*. 2017;47(2):164-184.

RECURSOS

American Foundation for AIDS Research. A clear case for supporting syringe services programs: new study shows relationship between public funding and lower HIV incidence. 2015. www.amfar.org/uploadedFiles/_amfarorg/On_the_Hill/BIMC%20SEP2%20052215%20rev0106.pdf.

Bonacci RA, Holtgrave DR. U.S. HIV incidence and transmission goals, 2020 and 2025. *Am J Prev Med*. 2017;53(3):275-281.

Julie Kulikowski es enfermera en Mayo Clinic en Rochester, Minnesota. Erika Linder es enfermera en Brigham and Women's Hospital en Boston, Massachusetts.

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con este artículo.