NSSP

NATIONAL SURVEY OF SYRINGE SERVICES PROGRAMS

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, administrar las preguntas, e ingresar las respuestas, es de un promedio de 35 minutos por encuesta. Una agencia no puede realizar o patrocinar y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un numero OMB actualmente valido. Envié comentarios sobre esta carga estimada o cualquier otro aspecto de recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS 21-8, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-1359);

Formulario Aprobado
OMB No. 0920-1359
Expiración: 12/31/2024

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Sabemos que usted esta increíblemente ocupado y hemos trabajado arduamente para diseñar un conjunto de preguntas que capturan con precisión la experiencia actual de los programas de intercambios de jeringas/jeringuillas (SSPs) en todo el país. Su participación nos ayudara a contar estas historias con mayor precisión.

Al responder las preguntas, consulte el periodo comprendido entre el [DATE] y el [DATE] a menos que se indique lo contrario. Si los datos del programa no están disponibles, utilice su mejor estimación para completar las preguntas a continuación. Si su SSP solo operó durante parte del periodo de tiempo especificado, por favor proporcione la información que refleje los periodos de tiempo durante los cuales opero su SSP.

Durante la encuesta, es posible que deba consultar sus registros para responder algunas preguntas. Si necesita alejarse, seleccione “guardar y regresar” en la parte inferior de la página. Puede volver a la encuesta usando el enlace en su invitación de correo electrónico, o tendrá la opción de ingresar una dirección de correo electrónico y el enlace de la encuesta se enviará al correo electrónico especificado. Si no puede responder una pregunta, pero luego encuentra la respuesta en sus registros, puede comunicarse con nosotros más tarde para proporcionar esta información adicional comunicándose con [NAME] al [EMAIL]

Si necesita alguna aclaración sobre cualquiera de las preguntas de esta encuesta o sobre cómo se utilizará esta información, comuníquese con [NAME] al [EMAIL].

Toda la información se mantendrá confidencial.

Para comenzar por favor háganos saber algunos detalles sobre su SSP.

INFORMACIÓN PRELIMINAR

PI.1 ¿Cuál es el nombre de su organización?

_____

PI.2 Por favor especifique cualquier apodo(s) (es decir, nombre abreviado o siglas) que son usados por su SSP.

_____

PI.3 ¿Cuál es la ciudad o el pueblo y estado donde se encuentra la sede de su SSP?

_____

(Instrucciones REDCap: ingrese el nombre de la ciudad; menú desplegable para el estado)

PI.4 Su SSP proporcionó algún servicio en algún momento en [YEAR]?

€ Si
€ No

(Instrucciones REDCap: enviar a la página ‘gracias, pero no usted no está elegible este año’)

PI.5 ¿De qué maneras proporcionó jeringas su SSP en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Sitio fijo de ladrillo y mortero (incluidos los centros de acogida)
€ Mochila/alcance de calle

€ Sitios emergentes (p. ej., mesas, carpa)
€ Entrega a ubicaciones regulares (por ejemplo, ruta establecida)
€ Entrega as las ubicaciones solicitadas por los participantes (por ejemplo, entrega a domicilio)
€ Distribución basada en envío por correo
€ Máquina expendedora de materiales de reducción de daños
€ Otro (por favor describa) _____
€ No se
€ Elegir no responder

PI.6 Por favor seleccione si su programa proporciona servicios en cualquier de los siguientes estados, territorios de EE. UU, o en una Nación Tribal en [YEAR]. Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Nosotros operamos en todos los estados
€ Alabama
€ Alaska
€ Arizona
€ Arkansas
€ California
€ Colorado
€ Connecticut
€ Delaware
€ Distrito de Columbia
€ Florida
€ Georgia
€ Hawaii
€ Idaho
€ Illinois
€ Indiana
€ Iowa
€ Kansas
€ Kentucky
€ Louisiana
€ Maine
€ Maryland
€ Massachusetts
€ Michigan
€ Minnesota
€ Mississippi
€ Missouri
€ Montana
€ Nación Tribal (por favor especifique): _____
€ Nebraska
€ Nevada
€ New Hampshire
€ New Jersey
€ New Mexico
€ New York
€ North Carolina
€ North Dakota
€ Ohio
€ Oklahoma
€ Oregon
€ Pennsylvania
€ Puerto Rico
€ Rhode Island
€ South Carolina
€ South Dakota
€ Tennessee
€ Texas
€ US Virgin Islands
€ Utah
€ Vermont
€ Virginia
€ Washington

€ West Virginia
€ Wisconsin
€ Wyoming
€ Elegir no responder

PI.7 ¿En qué condados proporcionó servicios su SSP en [YEAR]? Por favor incluya todos los condados atendidos, incluidos aquellos con servicio móviles, entregas, etc.

_____

€ Nosotros operamos en todo el estado.

PI.8 ¿En qué año comenzó a proporcionar servicios su SSP?

_____
(Por favor ingrese el año de cuatro dígitos)

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

PC.1 ¿Cómo clasificaría mejor su SSP? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Organización comunitaria sin estatus 501(c)(3)
€ Organización comunitaria con nuestro propio estado 501(c)(3)
€ Organización comunitaria con un patrocinador con estatus 501(c)(3)
€ Departamento de salud de la ciudad o del condado
€ Departamento de salud del estado
€ Organización tribal afiliada
€ Organización académica de atención de salud
€ Organización de atención médica privada o comercial
€ Organización de ayuda mutua
€ Otro (por favor especifique): _____
€ Elegir no responder

PC.2 ¿Cuáles fueron las fuentes de financiamiento de su SSP en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Gobierno de la ciudad
€ Gobierno del condado
€ Gobierno del estado
€ Gobierno federal
€ Fundación
€ Donaciones individuales
€ Fondos personales de gerentes de programa o personal
€ Donación corporativa
€ Otro (por favor especifique): _____
€ No se
€ Elegir no responder

PC.2a (Si 'Gobierno federal' es seleccionado en PC.2) ¿Qué fuentes de financiación federal proporcionaron financiación a su SSP? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA)
€ Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
€ Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA)
€ Medicare
€ Medicaid
€ Servicios facturables a seguros privados
€ Otro (por favor especifique): _____
€ No se
€ Elegir no responder

PC.3 ¿Su SSP recibió fondos en [YEAR] de NASTAD sobre la oportunidad de los *Programas de Fortalecimiento de Servicios de Jeringas a través de Financiamiento Directo*?

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.4 ¿Cuál fue el presupuesto anual de su SSP en [YEAR]?

Si su SSP es parte de una organización más grande de servicios-múltiples, solo proporcione el presupuesto para el SSP. Proporcione la mejor estimación de su conocimiento, redondeada al $1000 más cercano.

$_____
(Por favor no incluya comas)

PC.5 ¿Cuántos empleados pagados de tiempo completo (≥35 horas por semana) empleó su SSP el mes pasado?

_____

PC.6 Cuántos empleados pagados a tiempo parcial (<35 horas por semana) empleó su SSP el mes pasado?

_____

PC.7 ¿Cuántos voluntarios, incluidos los voluntarios no pagados o los que reciben un estipendio, tuvo su SSP el mes pasado?

_____

PC.8 Por favor indique la participación de personas con experiencia viva y vivida en el consumo de drogas en su SSP en [YEAR]. Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

- € Sin participación
- € Empleado como personal pagado a tiempo completo
- € Empleado como personal pagado a tiempo parcial
- € Sirvió como voluntario/a(s)
- € Proporcionó servicios y trato directo a participantes (por ejemplo, navegación del paciente)
- € Proporcionó servicios, pero no directo a participantes (por ejemplo, junta consultiva)

PC.# 4. Por favor indique qué idiomas habla su personal o voluntarios de primera línea de su SSP además de Ingles. Por favor seleccione todas las respuestas validas.

Por primera línea, nos referimos al personal o voluntarios que interactúan directamente con los participantes.

- Ninguno
- Español
- Chino (incluido Mandarín, Cantonés, Hokkien, y otras variedades)
- Tagalo (incluido Filipino)
- Vietnamita
- Árabe
- Francés
- Coreano
- Ruso
- Portugués
- Criollo Haitiano
- Hindi
- Otro (especifique): _____
- Elegir no responder

PC.9 En la última semana, ¿cuántas horas proporcionó su SSP a los participantes?

_____

PC.10 ¿Su SSP sirvió a comunidades que usted consideraría urbanas, suburbanas, o rurales? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

- € Urbana
- € Suburbana
- € Rural
- € Elegir no responder

PC.11 ¿Su SSP dejó de proporcionar servicios en [YEAR] (es decir, su SSP no pudo proporcionar servicios cuando usted esperaba que estuviera abierto)?

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.11a (Si 'Si' en PC.11) ¿Por cuánto tiempo en [YEAR] dejó de proporcionar servicios su SSP?

- Menos de un día
- De un día hasta una semana
- De una semana hasta un mes
- Un mes o más

PC.11b (Si 'Si' en PC.11) Por favor elija el(los) motivo(s) de la interrupción del servicio. Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

- Financiamiento inadecuado para materiales o suministros
- Financiamiento inadecuado para las operaciones
- Fondos inadecuados para los salarios del personal
- Falta de personal para proveer el programa
- Intervención legal o política
- Pandemia de COVID-19
- Rechazo de vecinos o propietarios
- Clima inclemente/mal tiempo
- Otro (por favor especifique) _____
- No se
- Elegir no responder

PC.11b.1 (Si 'Falta de personal para proveer el programa' fue seleccionado en PC.11b) ¿Que contribuyó a la falta de personal para proveer su SSP? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

- € Agotamiento o fatiga del personal
- € Enfermedad física
- € Falta de cuidado de niños
- € Duelo en la comunidad
- € Incapacidad para contratar personal nuevo
- € Otro (por favor especifique)

PC.12 ¿Su SSP analizó datos que usted recopiló de los participantes para informar la planificación y la mejora del programa en [YEAR]?

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.13 ¿Cuántos encuentros de participantes ocurrieron en su SSP en [YEAR]?

Por encuentros de participantes nos referimos a la cantidad de encuentros o visitas de participantes que ocurren con su SSP.

_____
(Por favor no incluya comas)

PC.14 ¿Puede informar el número de individuos únicos que recibieron servicios de su SSP en [YEAR]?

Si su SSP no recopila estos datos, por favor seleccione "no".

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.15 (Si 'Si' fue seleccionado en PC.14) ¿Cuántos individuos únicos recibieron servicios de su SSP en [YEAR]?

_____
(Por favor no incluya comas)

PC.16 En [YEAR], ¿su SSP tenía restricciones de residencia sobre quien podría recibir los servicios, es decir, solo las personas de ciertas ubicaciones geográficas podían recibir servicios de su programa?

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.17 En [YEAR], ¿su SSP requería que los participantes presenten documentos de identificación (por ejemplo, una licencia de conducir) para inscribirse o recibir servicios de jeringas (sin incluir atención de salud)?

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.18 Por favor indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

A. Nuestro personal del SSP está bajo demasiadas presiones para hacer su trabajo de manera efectiva.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

B. El personal de nuestro SSP a menudo muestra signos de estrés y tensión.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

C. La gran carga de trabajo en nuestro SSP reduce la efectividad del programa.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

D. La frustración del personal es común en nuestro SSP.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

E. Cuando hay acuerdo en que se necesita un cambio en el SSP, contamos con los recursos necesarios y financieros para hacerlo.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

F. Cuando hay acuerdo en que se necesita un cambio en el SSP, contamos con asistencia técnica para hacerlo.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

PC.19 ¿Su SSP emplea o se asocia con una organización que utiliza personal clínico licenciado (por ejemplo, médico, enfermera, psicólogo, etc.) para proporcionar servicios?

- Si
- No
- No se
- Elegir no responder

PC.20 ¿Su SSP realiza actividades diseñadas para involucrar a alguno de los siguientes grupos demográficos? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Si su SSP atiende participantes en alguna de estas categorías, pero no realiza actividades específicamente diseñadas para incluirlas, no marque la casilla de esa categoría.

- Personas lesbiana, homosexual, bisexual, o queer
- € Transgénero, género-queer, o personas no-binaria
- € Mujeres
- € Personas Indígena Americano o Nativo de Alaska
- € Personas Asiáticas
- € Personas negras o afroamericanas
- € Personas hispanas o latinx
- € Personas Nativos Hawaianos o Isleños del Pacifico
- € Personas de edades < 18 años
- € Personas de edades 18 a 29 años
- € Personas de edades 30 a 39 años
- € Personas de edades 40 a 59 años
- € Personas de edades ≥ 60 años
- € Otro (por favor describa) _____
- € Elegir no responder

APOYO Y OPOSICIÓN DE LA COMUNIDAD

CSO.1 ¿Cómo calificaría la relación de SSP con la comunidad circundante en [YEAR]?

- € Muy bien
- € Algo bien
- € Ni bien ni mal
- € Algo mal

€ Muy mal
€ Inexistente
€ Elegir no responder

CSO.2 ¿Cuáles grupos comunitarios apoyaron o abogaron por su SSP en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Funcionarios de salud locales/departamento de salud
€ Funcionarios encargados de hacer cumplir la ley
€ Organizaciones religiosas
€ Políticos locales
€ Vecinos o residentes locales
€ Propietarios
€ Otras organizaciones comunitarias
€ Dueños de negocios
€ VIH u otros proveedores médicos
€ Sindicatos de usuarios de drogas
€ Ningún grupo abogó por nosotros
€ Otro (por favor describa) _____
€ Elegir no responder

CSO.3 ¿Cuáles grupos comunitarios se opusieron a su SSP en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Funcionarios de salud locales/departamento de salud
€ Funcionarios encargados de hacer cumplir la ley
€ Organizaciones religiosas
€ Políticos locales
€ Vecinos o residentes locales
€ Propietarios
€ Otras organizaciones comunitarias
€ Dueños de negocios
€ Ningún grupo se opuso a nosotros
€ Otro (por favor describa) _____
€ Elegir no responder

CSO.4 ¿Su SSP enfrentó alguno de los siguientes desafíos de financiamiento en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Financiación insuficiente
€ Futura inestabilidad financiera
€ Restricciones del financiador relacionadas con la compra de suministros o servicios prestados
€ Nuestro SSP no enfrentó desafíos de financiación
€ Otro: _____
€ Elegir no responder

CSO.5 ¿Su SSP enfrentó alguno de los siguientes desafíos de personal en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Número insuficiente de personal
€ Fatiga laboral
€ Baja retención de personal
€ Personal sin adiestramiento adecuado
€ Nuestro SSP no enfrentó desafíos de personal
€ Otro: _____
€ Elegir no responder

CSO.6 ¿Su SSP enfrentó desafíos para adquirir alguno de los siguientes suministros para sus participantes en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Naloxona
€ Jeringas
€ Pipas
€ Otro: _____
€ Nosotros no tuvimos problemas para conseguir suministros
€ Elegir no responder

CSO.7 (Omita si reportó la ciudad, condado, o el departamento de salud estatal en PC.1) ¿Cómo describiría la relación de su SSP con su(s) departamento(s) de salud local en [YEAR]?

€ Muy bien
€ Algo bien
€ Ni bien ni mal
€ Algo mal
€ Muy mal
€ Inexistente
€ Elegir no responder

CSO.8 ¿Cómo describiría la relación de su SSP con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en [YEAR]?

€ Muy bien
€ Algo bien
€ Ni bien ni mal
€ Algo mal
€ Muy mal
€ Inexistente
€ Elegir no responder

SUMINISTROS PARA EL USO DE DROGAS

DU.1 ¿Cuántas jeringas estériles entregó su SSP a los participantes en [YEAR]?

Por favor proporcione su mejor estimación si los registros no están disponibles.

_____
(Por favor no incluya comas)

DU.2 ¿Cuál fue su póliza de intercambio de jeringas para los participantes en [YEAR]?

- Los participantes pueden recibir la misma cantidad de jeringas que dejan con el SSP (es decir, uno por uno)
- Los participantes pueden recibir hasta una cierta cantidad sobre el número de jeringas que dejan con el SSP (es decir, más del uno por uno)
- Los participantes pueden solicitar tantas jeringas como necesite, pero nuestro SSP tiene límite en la cantidad de jeringas que podemos proporcionar (es decir, basado en las necesidades hasta un límite máximo)
- Los participantes pueden recibir tantas jeringas como necesiten (es decir, basado en las necesidades del participante)
- Elegir no responder

DU.3 ¿Su SSP proporcionó jeringas a los participantes para distribuirlas a otras personas en la comunidad (es decir, intercambio secundario o entrega entre pares) en [YEAR]?

- Si
- No
- Elegir no responder

DU.4 ¿Cuáles servicios de eliminación de jeringas proporcionó su SSP en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Aceptó jeringas usadas para su eliminación segura
€ Proporcionó entrenamiento sobre la eliminación segura de jeringas usadas
€ Proporcionó recipientes para objetos punzocortantes para transportar jeringas usadas
€ No se proporcionaron servicios de eliminación de jeringas
€ Otro (por favor especifique):_____

DU.5 Para cada uno de los siguientes suministros para el consumo de drogas (que no sean jeringas), indique cuales se proporcionaron a los participantes en [YEAR]. Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Pipas
€ Popote/pajillas/sorbeto/pitillo de papel
€ Popote/pajillas/sorbeto/pitillo de vidrio
€ Cocinas o “cookers”
€ Algodones
€ Filtros de jeringas/pastillas como Sterifilt®
€ Agua salina o esterilizada
€ Lazos/torniquetes
€ Toallitas de alcohol/toallas alcoholadas
€ Kits/vendejas para el cuidado de heridas

€ Otros suministros seguros para fumar
€ Otros suministros seguros para inhalar
€ Otros suministros para boofing/booty bumping (es decir, suministros para uso de drogas por vía rectal/anal)
€ Otro (por favor especifique): _____
€ Ninguna de las anteriores
€ Elegir no responder

SERVICIOS DE SOBREDOSIS

OS.1 ¿Su SSP proporciona educación sobre sobredosis de opioides y seguimiento a los participantes en [YEAR]?

€ Si
€ No
€ Elegir no responder

OS.2 ¿Cuántos encuentros de participantes involucraron el suministro de naloxona en [YEAR]?

Por encuentros de participantes nos referimos a la cantidad de encuentros o visitas de participantes hechos en su SSP para recoger naloxona (incluyendo Narcan). Si su SSP no recopila estos datos, proporcione su mejor estimación, Si no distribuye nada de naloxona, ingrese 0.

_____

OS.3 ¿Cuántas dosis de naloxona distribuyó su SSP en [YEAR]?

Por ejemplo, si su SSP entregó 100 kits y hay 2 dosis por kit, ingresaría 200 dosis. Incluya las dosis de Narcan en este conteo general. Si su SSP no recopila estos datos, proporcione su mejor estimación.

_____

OS.4 ¿De qué manera distribuyó su SSP las dosis de naloxona en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Sitio fijo de ladrillo y mortero
€ Mochila/alcance de calle
€ Sitios emergentes (p. ej., mesas, carpa)
€ Entrega a ubicaciones regulares (por ejemplo, ruta establecida)
€ Entrega as las ubicaciones solicitadas por los participantes (por ejemplo, entrega a domicilio)
€ Distribución basada en envío por correo
€ Distribución secundaria de naloxona (participante distribuyó naloxona a otras personas)
€ Referencia del proveedor para receta o referencia a la farmacia
€ Ofrecidos en eventos comunitarios de educación sobre sobredosis (abiertos al público)
€ Ofrecidos en eventos educativos sobre sobredosis para el personal o los participantes de otras organizaciones
€ Máquina expendedora de materiales de reducción de daños
€ Elegir no responder

OS.5 ¿Qué barreras, si las hubo, encontró su SSP al proporcionar naloxona a sus participantes en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Sin barreras
€ Alto costo de la naloxona
€ Escasez de naloxona de bajo costo
€ Restricciones de financiación que impiden la compra de naloxona
€ Clima legal/político
€ Otro (por favor describa): _____
€ No se
€ Elegir no responder

OS.6 ¿Su SSP proporcionó educación y entrenamiento de respuesta sobre el uso excesivo de estimulantes, como la cocaína y las metanfetaminas a los participantes en [YEAR]?

€ Si
€ No
€ Elegir no responder

COMPROBACIÓN DE DROGAS

DC.1 ¿Su SSP proporcionó alguno de los siguientes suministros para pruebas de drogas a los participantes en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Tiras de pruebas de fentanilo
€ Tiras reactivas de benzodiacepinas
€ Tiras reactivas de xilazina
€ Otras tiras reactivas (por favor especifique): _____

DC.2 ¿Hubo servicios de control de drogas distintos de las tiras reactivas disponibles para sus participantes en [YEAR}? Esto incluye el espectrómetro de masas y la espectroscopía infrarroja transformada de Fourier, instrumentos utilizados para analizar el contenido de sustancias ilícitas.

€ Si
€ No
€ Elegir no responder

CONSUMO SUPERVISADO

SC.1 ¿Su SSP operó un sitio de consumo supervisado para sus participantes en [YEAR]?

Un sitio de consumo supervisado es un lugar, sea permanente o temporal, donde las personas acuden a consumir sus propias drogas bajo la supervisión de trabajadores capacitados; tienen acceso a equipos estériles (jeringas, algodón, cocedor, agua, etc.) y condiciones; y reciben referencias a los servicios sociales o de salud apropiados.

€ Si
€ No
€ Elegir no responder

SC.1a (Si 'No' en SC.1) ¿Si los sitios de consumo supervisados (SCS) estuvieran permitidos localmente en su área, consideraría que su SSP ofreciera estos servicios?

€ No, no consideraríamos implementar SCS
€ Nosotros exploraríamos la implementación de SCS
€ Comenzaríamos a prepararnos para la implementación de SCS
€ Nosotros estamos listos para implementar SCS

PROVISIÓN DE OTROS SERVICIOS

OSP.1 ¿Cuáles suministros de sexo más seguro se proporcionaron en persona a los participantes en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Condones externos (condones masculinos)
€ Condones internos (condones femeninos)
€ Lubricante
€ Diques dentales
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.2 ¿Cuáles servicios de detección de la salud se proporcionaron en persona a los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Los socios pueden incluir personal médico de los departamentos de salud o instituciones académicas que proporcionan servicios clínicos en el establecimiento.

€ Prueba rápida de VIH
€ Pruebas de laboratorio de VIH
€ Prueba rápida del virus de la hepatitis C (VHC)
€ Pruebas de laboratorio del virus de la hepatitis C (VHC)
€ Pruebas del virus de la hepatitis A
€ Pruebas del virus de la hepatitis B
€ Pruebas de ITS que no sean hepatitis y VIH
€ Pruebas cutáneas de TB o detección en laboratorio para TB latente
€ Pruebas de embarazo
€ Pruebas de COVID-19
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.3 ¿Cuáles vacunas se proporcionaron a los participantes en persona (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Vacunación contra la hepatitis A
€ Vacunación contra la hepatitis B
€ Vacunación antigripal
€ Vacunación COVID-19
€ Vacunación contra el virus papiloma humano (VPH)
€ Vacunación neumocócica
€ Vacunación contra el tétano, la difteria y la tos ferina (TDAP)
€ Vacunación contra la Mpox (viruela símica o viruela del mono)
€ Vacunación contra la meningitis
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.4 ¿Cuáles de los siguientes servicios médicos para enfermedades infecciosas se proporcionaron en persona a los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Por favor no incluya servicios de telesalud.

€ Tratamiento de VIH
€ Profilaxis previa a la exposición para el VIH (PrEP)
€ Profilaxis posterior a la exposición para el VIH (PEP)
€ Tratamiento de la hepatitis C
€ Tratamiento de ITS que no sea hepatitis o VIH
€ Cuidado/tratamiento de heridas
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.5 ¿Cuáles servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias se proporcionaron en persona a los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Por favor no incluya servicios de telesalud.

€ Buprenorfina (con o sin naloxona)
€ Metadona
€ Naltrexona (Vivitrol)
€ Medicamentos para trastornos por uso de sustancias no opioides
€ Manejo de la contingencia (por ejemplo, incentivos por concurrencia)
€ Terapia de conducta cognitiva
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.6 ¿Cuáles otros tipos de servicios médicos se proporcionaron en persona a los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

Por favor no incluya servicios de telesalud.

€ Servicios de salud mental
€ Atención de afirmación de género (es decir, terapia hormonal)
€ Atención primaria general (p.ej, control de la presión arterial)
€ Detección de cáncer reproductivo (p.ej, Papanicolau)
€ Planificación familiar/anticoncepción
€ Atención prenatal y atención periparto
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.7 ¿Su SSP o sus socios proporcionaron servicios de telesalud para sus participantes en [YEAR]?

Para esta encuesta, la telesalud se define como los servicios proporcionados a los participantes a través de teléfonos, tabletas o computadoras.

€ Si
€ No
€ Elegir no responder
(Instrucciones REDCap: salte a OSP.8 si selecciona 'No' o 'Elegir no responder')

OSP.7a (Si 'Si' en OSP.7) ¿Cuáles de los siguientes servicios médicos para enfermedades infecciosas se proporcionaron a través de telesalud a los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Tratamiento de VIH
€ Profilaxis previa a la exposición para el VIH (PrEP)
€ Profilaxis posterior a la exposición para el VIH (PEP)
€ Tratamiento de la hepatitis C
€ Tratamiento de ITS que no sea hepatitis o VIH
€ Cuidado/tratamiento de heridas
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.7b (Si 'Si' en OSP.7) ¿Cuáles servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias se proporcionaron a través de telesalud los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Buprenorfina (con o sin naloxona)
€ Metadona
€ Naltrexona (Vivitrol)
€ Medicamentos para trastornos por uso de sustancias no opioides
€ Manejo de la contingencia (por ejemplo, incentivos por concurrencia)
€ Terapia de conducta cognitiva
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.7c (Si 'Si' en OSP.7) ¿Cuáles otros tipos de servicios médicos se proporcionaron a través de telesalud a los participantes (ya sea por su SSP o por socios) en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Servicios de salud mental
€ Atención de afirmación de género (es decir, terapia hormonal)
€ Atención primaria general (es decir, control de la presión arterial)
€ Detección de cáncer reproductivo (es decir, Papanicolau)
€ Planificación familiar/anticoncepción
€ Atención prenatal y atención periparto
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

OSP.8 ¿Su SSP proporcionó servicios de navegación para sus participantes en [YEAR]?

Para esta encuesta, la navegación se define como una estrategia que mejora la vinculación con los servicios externos, como ayudar con la programación de citas, el transporte, y/o el acompañamiento de citas.

€ Si
€ No
€ Elegir no responder
(Instrucciones REDCap: salte a OSP.9 si selecciona 'No' o 'Elegir no responder')

OSP.8a (Si 'Si' en OSP.8) ¿Cuáles servicios sociales o de apoyo estaban cubiertos por su programa de navegación en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Cuidado del HIV
€ Profilaxis previa a la exposición para el VIH (PrEP)
€ Atención del virus de la hepatitis C (HPC)
€ Medicamentos para el trastorno por uso de opioides (MOUD)
€ Medicamentos para trastornos por uso de sustancias no opioides
€ Registros legales (por ejemplo, certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, identificación estatal/licencia de conducir)
€ Atención de afirmación de género (es decir, terapia hormonal)
€ Medicaid u otra aseguranza de salud
€ Servicios de apoyo social (es decir, alojamiento/vivienda)

€ Otro (por favor describa): _____
€ Elegir no responder

OSP. 9 ¿Qué servicios de apoyo social se proporcionaron en el sitio a los participantes en [YEAR]? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Centro de acogida
€ Inscripción en Medicaid u otro seguro de salud
€ Servicios de violencia familiar, violencia doméstica, o violencia de pareja íntima
€ Alimentos/comidas, incluidos SNAP, WIC, despensas de alimentos o servicios de entrega de comidas
€ Apoyo a la vivienda
€ Servicios relacionados con la higiene (por ejemplo, lavandería, baños)
€ Servicios relacionados con el trabajo (por ejemplo, asistencia de colocación, capacitación en habilidades)
€ Servicios legales/Terapia
€ Registros legales/identificación (por ejemplo, certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, identificación del estado, licencia de conducir)
€ Servicios de traducción de idiomas
€ Consejo sobre el uso de sustancias por parte de consejeros/terapeutas de reducción de daños
€ Otro (por favor describa): _____
€ Ninguno de los anteriores
€ Elegir no responder

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

CS.1 ¿Sobre qué temas se comunica su SSP con otros en la comunidad de reducción de daños? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Suministros del programa (por ejemplo, naloxona, jeringas, suministros de fumar)
€ Alertas de suministro de medicamentos (es decir, información sobre qué sustancias se encuentran en su suministro local de medicamentos)
€ Lugares o puntos críticos de sobredosis
€ Entrenamientos
€ Oportunidades de financiación
€ Conferencias/convocatorias
€ Resultados de las investigaciones sobre reducción de daños
€ Otro (por favor especifique): _____

CS.2 ¿Sobre qué temas le gustaría saber más a su SSP de la comunidad de reducción de daños? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Suministros del programa (por ejemplo, Naloxona, jeringas, suministros de fumar
€ Alertas de suministro de medicamentos (es decir, información sobre qué sustancias se encuentran en su suministro local de medicamentos)
€ Lugares o puntos críticos de sobredosis
€ Entrenamientos
€ Oportunidades de financiación
€ Conferencias/convocatorias
€ Resultados de las investigaciones sobre reducción de daños
€ Otro (por favor especifique): _____

CS.3 ¿En qué fuentes confía su SSP para obtener información relacionada con la prestación o mejora de los servicios? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Otros programas de reducción de daños
€ National Harm Reduction Coalition (NHRC)
€ North American Syringe Exchange Network (NASEN)
€ National Alliance of State and Territorial AIDS Directors (NASTAD)
€ National Association of County and City Health Officials (NACCHO)
€ National Harm Reduction Technical Assistance Center
€ Gobierno de la ciudad o del condado
€ Gobierno del estado
€ Gobierno federal

€ Otro (por favor especifique):_____

CS.4 ¿De qué manera prefiere su SSP recibir información con la prestación y mejora de los servicios? Por favor seleccione todas las respuestas válidas.

€ Reuniones de grupos estatales o regionales (en línea o en persona)
€ Conferencias nacionales
€ Seminario de Web
€ Resúmenes u hojas informativas
€ Manuales de implementación
€ Sitios de Web
€ Listas de servidores
€ Facebook
€ Instagram
€ Twitter
€ Otro (por favor especifique):_____

CS.5 Por favor indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

A. Tengo acceso a la información que necesito para mejorar las operaciones de mi SSP.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

B. Tengo acceso a la información más actualizada para mejorar la salud y el bienestar de los participantes de mi SSP.
Muy en Desacuerdo - 1 2 3 4 5 - Totalmente de Acuerdo

BARRERAS

B.1 Si tiene tiempo, cuéntenos sobre algunos de los mayores desafíos que ha enfrentado durante el último año que pueden o no pueden haber sido capturados en esta encuesta.

_____

_____

CIERRE

Valoramos su opinión y nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su experiencia al realizar esta encuesta para que podamos mejorarla y asegurarnos de que la información que proporcione sea útil.

¿Qué tema(s) faltaron en esta encuesta y deben agregarse en el futuro?

_____

Por favor utilice el espacio a continuación para cualquier otra sugerencia o comentario para mejorar esta encuesta para que sea útil para otros SSPs.

_____

¿Está dispuesto a proporcionarnos una dirección para que le enviemos el cheque de $125 como agradecimiento por completar esta encuesta?

Si no puede o no quiere proporcionar una dirección para enviar el cheque por correo o si desea donar su pago de incentivo a otro SSP, responda "No" aquí y envíe un correo electrónico a [NAME] a [EMAIL] para coordinar la compensación.

- Si
- No

Por favor díganos el nombre y la dirección postal de la organización a la que debe enviarse el cheque de $125.

Nombre de la organización para el pago: _____
A cuya atención debe enviarse el cheque: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Código Postal: _____