



El poder preventivo de la PrEP del VIH

Colaboradores

Este recurso fue totalmente financiado por Gilead Sciences, Inc. Joe Jones, PhD, de PharmaGenesis London, Londres, Reino Unido, proporcionó apoyo en la redacción médica con financiación de Gilead Sciences, Inc.

Gilead Sciences, Inc. desea agradecer a los siguientes colaboradores externos al recurso, quienes recibieron honorarios por su participación.

Jenell S Coleman, MD, MPH, profesora adjunta de John G Griffith, directora de división, especialidades ginecológicas, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD

Nathaniel L Currie, DSW, MSW, LCSW, profesor adjunto, Whitney M. Young Jr. School of Social Work, Clark Atlanta University, Atlanta, GA

Rick Elion, MD, profesor clínico de medicina, George Washington University School of Medicine, Washington, DC; director de investigación del VIH, Trio Health, Inc.

Christopher Esworthy, PA-C, MHS, Advocare Stoll Medical Group, Filadelfia, PA

Sheldon D Fields, PhD, RN, FAAN, decano adjunto para la equidad y la inclusión/profesor de investigación, Ross and Carol Nese College of Nursing, Penn State University, State College, PA

Robin Gay, DMD, directora ejecutiva y presidenta interina, Howard Brown Health, Chicago, IL

D Rashaan Gilmore, fundador/presidente y director ejecutivo, BlaqOut, Kansas City, MO

Michael G Knight, MD, MSHP, profesor clínico adjunto de medicina, The George Washington University, Washington, DC

Cicilia Nnadi, FNP-BC, Howard University Hospital, Washington, DC

Marlene Taylor, PA-C, proveedora de atención primaria de medicina interna, especialista en VIH, Ryan Adair Health Clinic, Harlem, NY

Los siguientes empleados de Gilead contribuyeron a este recurso.

Maurice Graham, DNP, APRN, FNP-BC, AAHIVS, científico médico senior, Gilead Sciences, Inc.

Julia Green, MS, APRN, NP-C, AAHIVE, directora, asuntos médicos del VIH, Gilead Sciences, Inc.

Contenido

1. Introducción	4
2. Estado de la epidemia del VIH en los Estados Unidos	6
3. Función de la PrEP en la prevención del VIH	9
4. Estigma y barreras para la aceptación de la PrEP y el uso continuo de la PrEP	11
5. Impacto de la PrEP en los objetivos de Finalizar la epidemia de VIH	14
6. Conclusión: pasar de las palabras a la acción	15
7. Referencias	16

1. Introducción

La salud sexual abarca muchos factores, como la orientación sexual, la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones, el placer y la reducción del riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual.¹ La salud sexual de una persona es fundamental para su salud y bienestar general.

La salud sexual... requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

– Organización Mundial de la Salud¹

Contraer VIH puede tener consecuencias para la salud sexual.¹ Si bien la cantidad de nuevos diagnósticos anuales de VIH en los Estados Unidos ha disminuido desde el pico de la epidemia de VIH a mediados de la década de 1980,² aún hay aproximadamente 38.000 diagnósticos nuevos de VIH por año, mucho más que los objetivos nacionales dictaminados por el gobierno para Finalizar la epidemia de VIH en los Estados Unidos (Ending the HIV Epidemic in the United States, EHE).^{2,3} Sin intervención, se estima que 400.000 personas más tendrán un diagnóstico nuevo de VIH en los Estados Unidos durante la próxima década, a pesar de la disponibilidad de recursos para prevenir el VIH.³

El objetivo de la iniciativa **Finalizar la epidemia de VIH en los Estados Unidos (EHE)** es reducir la cantidad de contagios de VIH en los Estados Unidos en:³

Como resultado de las terapias antirretrovirales mejoradas, las personas con VIH que están recibiendo tratamiento y que alcanzan y mantienen la supresión virológica pueden tener vidas largas y sanas y no transmitirán el VIH a parejas VIH negativas a través del sexo.³ Esto a veces se denomina “**indetectable es igual a intransmisible**” o “I=I”.⁴ A pesar de los avances en el tratamiento del VIH, casi la mitad (43 %) de nuevas transmisiones de VIH en los Estados Unidos en 2016 fueron de personas con diagnóstico de VIH que no estaban recibiendo atención de seguimiento, definidas como aquellas que se habían realizado un análisis de sangre de VIH en el año del estudio.⁵ Esto destaca la necesidad de una detección más amplia del VIH y la implementación de otras opciones de prevención del VIH y de opciones más innovadoras.

La terapia antirretroviral es el medicamento utilizado para el tratamiento y la prevención del VIH. Si se toma según lo recetado, reduce la cantidad de VIH en la sangre (también llamada **carga viral) a un nivel muy bajo, lo que permite que el sistema inmunitario siga funcionando y previniendo la enfermedad.⁶ Una **carga viral indetectable** se produce cuando la cantidad de VIH en la sangre es tan baja que no se puede detectar mediante análisis de laboratorio estándar. Las personas con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH a través del sexo.^{6,7}**



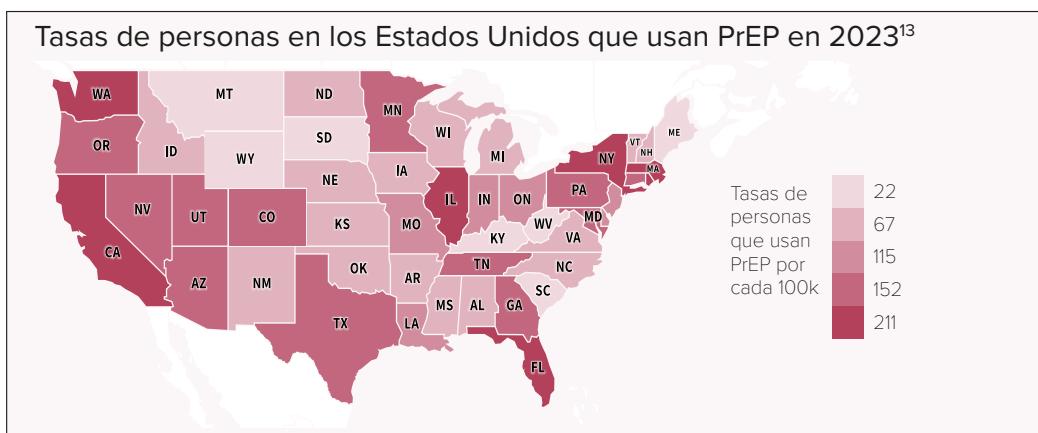
La adquisición del VIH y la posterior transmisión pueden prevenirse utilizando herramientas como la **profilaxis previa a la exposición al VIH (pre-exposure prophylaxis, PrEP)**.³ La PrEP es una herramienta altamente eficaz para prevenir el VIH cuando se toma según lo recetado. Por ejemplo, la PrEP oral diaria reduce el riesgo de contraer VIH a través de las relaciones sexuales en hasta un 99 % cuando se toma de manera constante.^{8,9} A pesar de la disponibilidad de herramientas de prevención del VIH altamente eficaces, el progreso hacia la EHE es lento y muchas personas aún no reciben la atención preventiva que necesitan.

De las 1,2 millones de personas en los Estados Unidos que se estima que podrían beneficiarse de la PrEP, solo el 36 % tenía una receta de PrEP en 2022.⁴ Hay brechas en la equidad en el uso de la PrEP por raza, origen étnico, sexo, edad y geografía, y las brechas se amplían con el tiempo.¹⁰⁻¹²

La salud sistémica y las desigualdades sociales

que existen desde hace mucho tiempo, incluida la discriminación, el estigma, el racismo sistémico y desconfianza del sistema de atención médica, han provocado desigualdades en la prevención del VIH y en los resultados del tratamiento.¹⁴ Las desigualdades en la salud pueden surgir de una variedad de factores, como la situación económica de una persona o dónde vive, así como de características que incluyen la raza, el origen étnico, el género y la sexualidad.^{15,16} Los sistemas de atención médica pueden ser complejos y confusos para transitar, lo que representa una carga adicional para las personas que buscan atención médica.¹⁷

Este recurso presenta una descripción general del estado actual de la epidemia de VIH en los Estados Unidos y la función de la PrEP en la prevención del VIH. A pesar de la disponibilidad de la PrEP, esta sigue siendo una herramienta de prevención del VIH poco utilizada. Aquí, se analizan las posibles barreras para el uso de la PrEP y las intervenciones dirigidas a superar estas barreras. Este recurso apunta a reducir las brechas de equidad en la aceptación y el uso de la PrEP al generar conciencia de esta herramienta entre los profesionales de la salud.



Adaptado de Sullivan *et al.* 2020.¹³ AIDSVu.org fue desarrollado por Rollins School of Public Health en Emory University, en colaboración con Gilead Sciences, Inc.

2. Estado de la epidemia del VIH en los Estados Unidos

Datos clave



Progreso en Finalizar la epidemia de VIH en los Estados Unidos

Los esfuerzos nacionales de prevención y atención del VIH han llevado el progreso de un pico estimado de 130.000 adquisiciones de VIH por año a mediados de la década de 1980 a un estimado de **31.800 en 2022**.^{2,19} Sin embargo, el progreso en la reducción de nuevas transmisiones del VIH se ha ralentizado en los últimos años, y no todos los grupos de personas se benefician por igual de las intervenciones preventivas.¹⁹

Disparidades en la atención del VIH

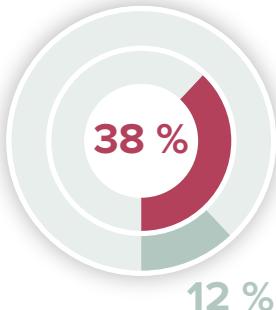
El VIH tiene un impacto desproporcionadamente grande entre ciertas poblaciones, con disparidades por **raza, origen étnico, sexo, género, región, orientación sexual y edad**.

Estimaciones de nuevos diagnósticos de VIH en los Estados Unidos por subgrupo

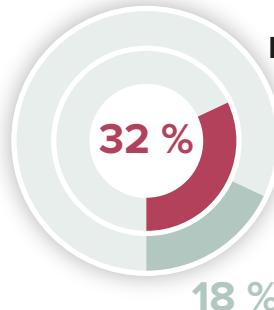
Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 2022



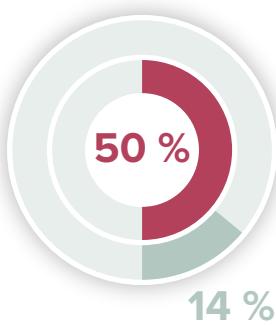
Raza, origen étnico, sexo y género



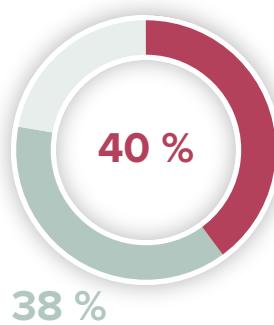
Personas de raza negra/afroamericana
representan el 12 %
de la población...
...pero representan
el 38 % de nuevos
diagnósticos de VIH²



Personas de raza latina^a
representan el 18 %
de la población...
...pero representan
el 32 % de nuevos
diagnósticos de VIH²

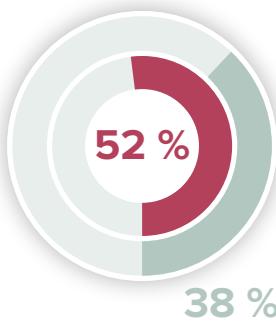


Mujeres de raza negra^b
representan el 14 %
de las mujeres...
...pero representan el 50 %
de nuevos diagnósticos
de VIH entre las mujeres
(el 18 % de los nuevos
diagnósticos de VIH fueron
en mujeres en general)^{2,20}



De las **personas transgénero** diagnosticadas
recientemente con VIH...
...un 40 % eran de raza negra
...un 38 % eran de raza latina

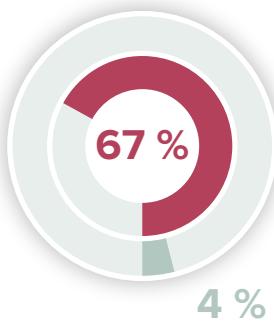
Región



Personas que viven en estados del sur
representan el 38 %
de la población...
...pero representan
el 52 % de nuevos
diagnósticos de VIH^{2,20}

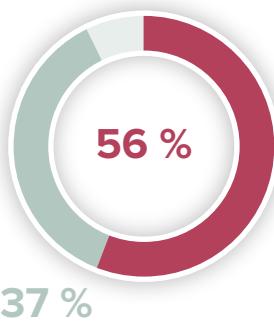


Orientación sexual



Hombres MSM/SGL
representan el 4 %
de la población...
...pero representan
el 67 % de nuevos
diagnósticos de VIH^{2,22,23}

Edad



Personas de 13–34 años de edad
representaron el 56 % de
nuevos diagnósticos de VIH²

^aExisten muchos términos que pueden usarse para describir las identidades hispano, latino, latinx y latine. Para los fines de este recurso, hemos utilizado “de raza latina”.

^bSexo femenino asignado al nacer.

MSM (men who have sex with men): hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; SGL (same gender loving): amante del mismo género.

Interseccionalidad

La interseccionalidad y los determinantes sociales de la salud que enfrentan las personas con VIH pueden tener un impacto negativo en los resultados del VIH.

La interseccionalidad describe la naturaleza interconectada de las categorizaciones sociales, como la raza, el origen étnico, el sexo y la sexualidad. Aunque cada uno puede causar disparidades por sí solo, también pueden superponerse para profundizar los sistemas de discriminación.¹⁵

Los **determinantes sociales de la salud**, también conocidos como impulsores sociales de la salud, son los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Incluyen ingresos y protección social, educación, desempleo y seguridad laboral, seguridad alimentaria, vivienda, comodidades básicas y medioambiente, acceso a servicios de atención médica asequibles, exposición a traumas y salud mental.^{16,24}

La interseccionalidad puede observarse en personas que viven sin hogar o en una vivienda inestable, lo cual puede aumentar el riesgo de contraer VIH.



3. Función de la PrEP en la prevención del VIH

¿Qué es la PrEP?

La PrEP es un medicamento que disminuye las probabilidades de contraer VIH por las relaciones sexuales cuando se toma según lo recetado.⁸ La PrEP se puede administrar en forma de píldora o inyección.⁸ Hasta diciembre de 2024, existen tres formulaciones de medicamentos para la PrEP aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.: dos son medicamentos orales y la otra es una formulación inyectable de acción prolongada.⁸ De estas, existen algunas opciones de PrEP aprobadas para mujeres.²⁶

Efectividad de la PrEP

La PrEP es una herramienta altamente eficaz para prevenir el VIH cuando se toma según lo recetado.⁸ La PrEP oral **reduce el riesgo de contraer VIH por las relaciones sexuales en hasta un 99 %** cuando se toma según lo recetado.^{8,9} La aceptación de la PrEP está asociada con una reducción de las tasas de diagnóstico de VIH. Por ejemplo, en los Estados Unidos, entre 2012 y 2021, los estados con los niveles más altos de cobertura de PrEP (la proporción de usuarios de PrEP entre personas con una indicación de PrEP) observaron una disminución del 8 % en las tasas anuales estimadas de diagnóstico de VIH. Por el contrario, los estados con los niveles más bajos de cobertura de PrEP mostraron pequeños aumentos (2 %) en las tasas de diagnóstico de VIH.²⁷

Realizar una evaluación de los antecedentes de salud sexual y pruebas de VIH en la clínica

Evaluar los **antecedentes sexuales de manera inclusiva y acrítica**, abarcando la salud, el bienestar y el placer, debería ser una parte de rutina y normalizada de la evaluación de los antecedentes médicos. Para identificar las necesidades de salud sexual de sus clientes, los médicos no deben limitar las evaluaciones de antecedentes sexuales a aquellos con características seleccionadas (p. ej., jóvenes, personas no casadas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [men who have sex with men, MSM]/amantes del mismo género [same gender loving, SGL] o mujeres que buscan anticoncepción) debido a que los nuevos diagnósticos de VIH y las infecciones de transmisión sexual se producen en todos los grupos etarios adultos y adolescentes, tanto

De acuerdo con las pautas de la PrEP de los CDC, un método en el que los médicos pueden presentar el tema de la salud sexual es indicar que realizar una breve evaluación de los antecedentes sexuales es una práctica de rutina para todos los pacientes, explicando que esta información es necesaria para la prestación de atención médica sexual individualmente adecuada, y cerrar reafirmando la confidencialidad de la información del paciente.²⁸

en personas casadas como solteras, de ambos性os y de todos los géneros.²⁸

El marco de GOALS del Instituto del SIDA del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH) proporciona consideraciones y puntos de conversación para ayudar a guiar a los profesionales de la salud en las conversaciones sobre salud sexual con los clientes, incluidas sugerencias para iniciar la conversación.²⁹

Los componentes del marco de GOALS son:

- 1. Giving a short introduction to sexual health (Dar una breve introducción a la salud sexual)**
- 2. Offering opt-out HIV testing (Ofrecer pruebas de VIH opcionales)**
- 3. Asking an open-ended sexual health question to put the focus on the client (Hacer una pregunta abierta sobre salud sexual para enfocarse en el cliente)**
- 4. Listening for relevant information (Escuchar para captar información relevante)**
- 5. Suggesting a course of action (Sugerir un curso de acción)**

Las pautas de prueba de los CDC recomiendan **pruebas de VIH opcionales** para todas las personas en todos los entornos de atención médica,³⁰ y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. recomienda realizar pruebas de VIH a todos los adolescentes y adultos de 15 a 65 años de edad.³¹ Las personas mayores de 55 años tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico tardío de VIH que las personas menores de 55 años, lo que refleja la necesidad de realizar pruebas de detección de rutina a todas las personas, incluidos los adultos mayores asintomáticos.³²

Una vez que el resultado de la prueba esté disponible, se deben evaluar las necesidades del cliente y se lo debe vincular con los servicios adecuados, **ya sea que el resultado de la prueba de VIH sea positivo o negativo**.

A las personas que reciben un resultado negativo en la prueba de VIH se les deben ofrecer herramientas para la prevención del VIH, incluidos PrEP, condones y servicios de salud sexual y reducción de daños.³³ Esta guía, a menudo denominada enfoque de estado neutro, enfatiza la atención de alta calidad para involucrar y retener a las personas en el tratamiento del VIH y los servicios de prevención, comenzando con la prueba del VIH como el punto de entrada a la atención.³⁴

Recomendaciones de las pautas de los CDC para la PrEP

Se debe informar a todos los adultos y adolescentes sexualmente activos sobre la PrEP para la prevención de la adquisición del VIH.

Se debe ofrecer la PrEP a los pacientes que la solicitan, incluso cuando no se detectan comportamientos de riesgo específicos.

– CDC²⁸

Las pautas de los CDC ofrecen recomendaciones para:²⁸

- Seleccionar regímenes adecuados para la PrEP, incluidas consideraciones de género, edad, seguridad renal y ósea, y administración de dosis intermitente
- Evaluar las indicaciones para la PrEP, incluidas preguntas para ayudar a identificar las conductas sexuales que aumentan la probabilidad de exposición al VIH
- Tener en cuenta el contexto epidemiológico de la persona (p. ej., la actividad sexual en comunidades con una alta prevalencia del VIH tiene más probabilidades de generar una exposición al VIH e indica una mayor necesidad de PrEP que la actividad sexual similar en comunidades con una baja prevalencia del VIH)
- Iniciar y monitorear a las personas con PrEP, incluidas las recomendaciones para el uso de pruebas de VIH rápidas en el punto de atención antes de iniciar la PrEP
- Ofrecer PrEP a mujeres que buscan concebir y a mujeres embarazadas o en período de lactancia cuya pareja sexual tiene VIH.

Recomendación de PrEP del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. le da a la PrEP una **recomendación de grado A**, que establece que los profesionales de la salud deben “recetar la PrEP mediante el uso de terapia antirretroviral efectiva a personas que tienen un mayor riesgo de contraer VIH para disminuir el riesgo de contraer VIH”.³⁵ Las recomendaciones de grado A son “servicios que el Grupo de Trabajo recomienda en gran medida implementar para la atención preventiva”. Algunos ejemplos de otras recomendaciones de grado A incluyen la detección del cáncer de cuello uterino y colorrectal, y mediciones de la presión arterial para detectar hipertensión.³⁶

La recomendación de grado A para la PrEP significa que la mayoría de los programas de seguro médico privado y de Medicaid deben **cubrir los servicios de PrEP sin costos compartidos** como, por ejemplo, copagos o deducibles, aunque puede requerirse autorización previa.³⁷

Profesionales que recetan PrEP

Si bien cualquier médico autorizado que emite recetas puede proporcionar PrEP, el 50 % de las personas que recibieron PrEP obtuvieron la receta del 2,2 % de los proveedores de PrEP en los Estados Unidos en 2019.³⁸ La mayoría de los profesionales que recetaron PrEP eran médicos (68 %), seguidos de enfermeros practicantes (21 %) y asistentes médicos (9 %).³⁸ Los proveedores de atención primaria (incluido el consultorio general, medicina familiar, medicina interna, medicina preventiva, ginecología y obstetricia, y pediatría) fueron la proporción más grande de profesionales que recetaron PrEP en 2019 (87 %), destacando la función esencial de la atención primaria para la aceptación de la PrEP.³⁸

Es posible que algunas personas no tengan acceso o no se sientan cómodas visitando a médicos de atención primaria o que no se sientan cómodas hablando de la salud sexual con sus proveedores de atención médica. Por lo tanto, se pueden explorar vías alternativas para aprender sobre la PrEP y, posiblemente, acceder a la PrEP, como:³⁹

- Programas de extensión comunitaria
- Telesalud
- Farmacias
- Centros de atención urgente (el acceso puede variar según la ubicación)
- Clínicas móviles.

4. Estigma y barreras para la aceptación de la PrEP y el uso continuo de la PrEP

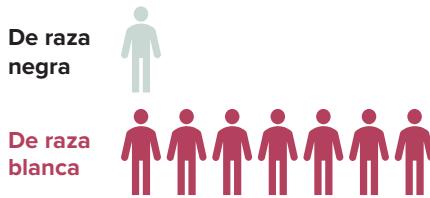
Brechas de equidad en el uso de PrEP

En los Estados Unidos, existen brechas de equidad sustanciales en el uso de PrEP por raza, origen étnico, sexo, edad y región.¹⁰ Las brechas de equidad en el uso

de PrEP se están ampliando con el paso del tiempo.^{10,11} Sin embargo, los profesionales de la salud pueden ayudar a cerrar estas brechas.

Brechas de equidad en el uso de PrEP en relación con la necesidad epidémica

Raza y origen étnico



Sexo



Edad



Región



^aDatos de 2021.^{10,11} Esto fue a pesar del hecho de que las personas de raza negra y latina se ven desproporcionadamente afectadas por el VIH (en 2022, el 38 % y el 32 % de los diagnósticos nuevos de VIH se produjeron en personas de raza negra y latina, respectivamente, a pesar de representar aproximadamente el 12 % y el 18 % de la población estadounidense, respectivamente).²

^bDatos de 2021.¹⁰

^cDatos de 2017.¹²

Efecto de los determinantes sociales de la salud en el uso de PrEP

Los determinantes sociales y económicos de la salud, como el **acceso al seguro de salud, el empleo estable, la vivienda, la educación, los alimentos y el transporte, pueden ser barreras para el uso de la PrEP**.⁴⁰ Los condados de los EE. UU. con una alta proporción de residentes no asegurados se asociaron con una necesidad insatisfecha de PrEP en función de la prevalencia local del VIH. Por el contrario, la aceptación de la PrEP fue mayor en los países con una mediana de ingresos familiares altos que en aquellos con una mediana de ingresos familiares más bajos.⁴¹ Las mujeres elegibles para PrEP en los Estados Unidos informaron falta de transporte, costos y dificultad para encontrar el tiempo para asistir a una visita de PrEP como barreras para acceder a la PrEP.⁴²

Entre los hombres MSM/SGL, los usuarios de PrEP tenían más probabilidades de tener un título universitario de 4 años o más que los no usuarios de PrEP, lo que destaca el rol de los determinantes sociales como barreras para la aceptación de la PrEP.⁴³ Además, entre los hombres MSM/SGL, aquellos sin seguro médico tuvieron una menor probabilidad de uso actual de PrEP que aquellos con seguro médico.⁴³

La expansión de la Ley de Atención Médica Asequible por parte de Medicaid, que incluye la cobertura de la PrEP, ha aumentado la cobertura a casi todos los adultos con ingresos anuales de hasta \$20.783 (138 % del nivel federal de pobreza para una persona en 2024).^{37,44,45} A la fecha, hay 10 estados (la mayoría en el sur) que no han adoptado la expansión.⁴⁶

Alrededor de la mitad de todos los adultos en los Estados Unidos experimentarán al menos un evento traumático en sus vidas.⁴⁷ La exposición a traumas está asociada con afecciones de salud mental, como depresión y ansiedad, que, a su vez, están vinculados con un tratamiento deficiente para el VIH y resultados de prevención.⁴⁸ Por ejemplo, la depresión y la ansiedad pueden ser obstáculos para buscar atención y para el cumplimiento de la PrEP.⁴⁹ En un estudio aleatorizado en hombres MSM/SGL de raza negra y mujeres transgénero que asisten a una clínica comunitaria en Harlem, Ciudad de Nueva York, NY, los síntomas depresivos se asociaron negativamente con el cumplimiento de la PrEP.⁵⁰

Estigmatización de y discriminación contra las personas que usan PrEP

El estigma social, ambos relacionados directamente con la PrEP y más generalmente con el VIH/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), puede actuar como barrera para el uso de PrEP.⁵¹ El estigma interno también puede actuar como barrera para el uso de PrEP; por ejemplo:

- Las mujeres informaron que esperaban reacciones hostiles de las parejas de sexo masculino tras la divulgación del uso de la PrEP, incluidas acusaciones de infidelidad y la introducción de desconfianza en sus relaciones⁵²
- Los hombres jóvenes MSM/SGL de raza negra y latina temían ser percibidos como VIH positivos si se divulgara su uso de PrEP.⁵³

El estigma social e interno puede superarse con **iniciativas de participación y educación impulsadas por la comunidad**.

Por ejemplo, capacitar a los estilistas de salones de belleza sobre la PrEP mejoró el conocimiento, la concientización y la confianza en la PrEP entre las mujeres cisgénero de raza negra que visitaron sus salones.⁵⁴

El sesgo implícito por parte de los profesionales de la salud, incluidas las suposiciones sobre quién podría beneficiarse con la PrEP y los comportamientos de los clientes, puede afectar las decisiones sobre la PrEP.⁵¹ Algunos profesionales de la salud informaron inquietudes acerca de que el uso de PrEP podría derivar en una

compensación de riesgos, por ejemplo, un aumento en la frecuencia de relaciones sexuales sin condón y se mostraron reacios a recetar PrEP.⁵¹

La capacitación de los profesionales de la salud sobre la PrEP es esencial para abordar las brechas de conocimiento frecuentemente informadas y para apoyarlos de manera que comiencen a recomendar la PrEP con confianza. Los profesionales de la salud que actualmente recomiendan PrEP dijeron que prefieren capacitación que:⁵⁵

- Analice protocolos para iniciar y monitorear la PrEP (90 %)
- Revise las pautas para la elegibilidad del cliente (85 %)
- Utilice presentaciones de casos de clientes reales (75 %)
- Incluya un juego de roles sobre cómo hablar sobre la PrEP (59 %)

En el sitio web del Centro de Educación y Capacitación sobre el SIDA, se pueden encontrar recursos de capacitación para abordar el estigma y el sesgo implícito en el entorno de atención médica.

Referencia al sitio web de terceros proporcionado únicamente con fines informativos. Gilead Sciences, Inc. no respalda ni revisa el contenido de este sitio. Otros sitios con recursos similares pueden estar disponibles.



Estudio de caso

Cliente

Hombre de raza latina, de 28 años de edad, cisgénero, que vive con su pareja en la ciudad de Nueva York, NY, un área con una alta prevalencia de VIH,⁵⁶ y ha estado recibiendo PrEP oral durante los últimos 6 meses.

Escenario y resultado

La pareja del cliente descubrió sus píldoras de PrEP. En consecuencia, el malentendido de la pareja sobre el propósito de la PrEP hizo que dudara del estado de VIH del cliente. El cliente decidió dejar de usar la PrEP en un intento por convencer a su pareja de que era VIH negativo.

Posibles intervenciones

- Campañas de educación pública para la PrEP.
- Contacto periódico por parte de las clínicas con personas con las que se perdió el contacto para el seguimiento (p. ej., a través de mensajes de texto) para darles la oportunidad de reiniciar la atención.⁵⁷
- Capacitación de proveedores para ayudar a identificar y resolver el estigma de la PrEP, incluidas sesiones de capacitación realizadas en reuniones organizativas de proveedores, especialmente aquellas organizadas por asociaciones de minorías étnicas y raciales.
- Consideración por parte del proveedor y del cliente acerca de si una opción diferente de PrEP, como una inyección, puede permitir más discreción en torno al uso de la PrEP.⁵⁸

Importancia de crear un entorno de apoyo y confianza para las personas que divultan el uso de PrEP

La desconfianza de los profesionales de la salud es una barrera para el uso de la PrEP.⁵¹ Pueden surgir sentimientos de desconfianza debido a la discriminación **experimentada y anticipada de los profesionales de la salud**.⁵¹ Las intervenciones educativas dirigidas a los profesionales de la salud pueden aumentar el

conocimiento de la PrEP y aliviar las inquietudes sobre la seguridad de la PrEP.⁵¹ Los enfoques de mensajes enmarcados positivamente en la clínica, que resaltan los beneficios de la PrEP para la promoción de la salud en lugar de aliviar la reducción del riesgo, pueden aumentar la receptividad de la PrEP por parte del cliente.⁵⁹



Estudio de caso

Cliente

Una mujer de 22 años de edad, de raza negra, cisgénero, que vive en Baltimore, MD, un área con alta prevalencia de VIH.⁶⁰ Buscaba iniciar el control de la natalidad, pero tenía sentimientos de desconfianza en torno a su atención médica e inicialmente se mostró reacia a compartir información personal con su proveedor.

Proveedor

Si bien el proveedor ocasionalmente habla de la salud sexual con sus clientes, le falta la confianza como para iniciar conversaciones sobre las pruebas del VIH y la PrEP. También carece de conocimientos sobre las tasas de VIH en la región.

Escenario y resultado

Durante la visita, se perdió la oportunidad de analizar la PrEP y los comportamientos que aumentan la probabilidad de adquisición del VIH. Después de

asistir a una sesión de capacitación, el proveedor se sintió más cómodo iniciando conversaciones sobre salud sexual, lo que, a su vez, mejoró la relación cliente-proveedor y alentó al cliente a ser más abierto acerca de sus inquietudes sobre salud sexual.

Posibles intervenciones

- Capacitación del proveedor sobre la normalización y el inicio de las conversaciones sobre la PrEP durante las visitas de atención médica de rutina.
 - La guía de los CDC y el marco de GOALS del Instituto del SIDA del NYSDOH describe las técnicas para iniciar las conversaciones sobre la PrEP con los clientes.^{28,29}
 - Preguntar “¿Hay algo de lo que no hayamos hablado y que le gustaría tratar?” puede dar a los clientes la oportunidad de hablar abiertamente.
- Uso por parte de proveedores de mapas interactivos de los CDC, AIDSVu u otros recursos disponibles a nivel local para aumentar su comprensión de la epidemiología del VIH en su región.^{13,61}

Estigma y perseverancia reducida con la PrEP

La perseverancia representa la duración del tiempo en que una persona permanece en tratamiento con un medicamento recetado.⁶²

La perseverancia con la PrEP fue del 41 % desde el inicio hasta el año 2 en un estudio de recetas de PrEP en una cadena de farmacias nacional.⁶³ **El estigma puede actuar como una barrera para la perseverancia con la PrEP.**⁶⁴ Por ejemplo, algunos usuarios de PrEP expresaron inquietudes sobre el hecho de que familiares y amigos los vean tomar píldoras de PrEP.⁶⁵ Otras barreras para la perseverancia con la PrEP incluyen los costos y las barreras de acceso, así como también la baja susceptibilidad percibida de una persona a contraer VIH.⁶⁶

Intervenciones para aumentar el uso de PrEP

- Proporcionar capacitación a los profesionales de la salud sobre las recomendaciones de las pautas para aumentar la confianza en tener conversaciones sobre el VIH y la PrEP.⁵¹

- Educar a los profesionales de la salud sobre cómo los sesgos implícitos pueden afectar sus suposiciones sobre los clientes y su disposición a recetar PrEP.⁶⁷
- Posibilitar el acceso de los clientes a programas de ahorro de costos, incluida la señalización de recursos y de servicios de apoyo financiero para la PrEP.⁶⁸
- Simplificar la experiencia clínica y de seguimiento el mismo día para los clientes.⁶⁹
- Desarrollar sistemas de recordatorio personal para mejorar la asistencia a las citas.⁶⁹
- Implementar intervenciones digitales (p. ej., aplicaciones móviles, redes sociales y chatbot de inteligencia artificial [IA] que aborden el estigma y puedan mejorar los resultados relacionados con la PrEP).⁷⁰
- Incluir indicaciones/preguntas relacionadas con el uso de PrEP y los antecedentes de salud sexual en los registros médicos electrónicos.
- Usar algoritmos automatizados en los registros médicos electrónicos para identificar de manera eficiente a las personas involucradas en el sistema de atención médica que podrían beneficiarse de la PrEP.⁷¹
- Ofrecer diferentes opciones de PrEP, incluidas las inyecciones de acción prolongada, lo que puede permitir mayor discreción en torno al uso de la PrEP.⁵⁸

5. Impacto de la PrEP en los objetivos de Finalizar la epidemia de VIH

Importancia de las medidas preventivas

La PrEP es otra herramienta en la caja de herramientas de prevención, tal como el uso de estatinas para reducir el colesterol, el uso de cinturones de seguridad en los automóviles para reducir el riesgo de lesiones en un accidente, el uso de la píldora anticonceptiva para prevenir el embarazo y el uso de las mamografías para la detección del cáncer de mama. Es importante que los profesionales de la salud se sientan seguros al analizar la PrEP tanto como cuando analizan otras medidas preventivas. Una **breve conversación sobre salud sexual** durante una visita a la clínica podría tener un gran impacto en la salud del cliente.

Objetivos de Finalizar la epidemia de VIH

El objetivo de la iniciativa EHE es reducir la cantidad de adquisiciones de VIH en los Estados Unidos en al menos un **75 % para 2025** y al menos un **90 % para 2030**.³ Una estrategia clave para lograr este objetivo es prevenir las nuevas adquisiciones de VIH usando herramientas como la PrEP.³ Entre 2019 y 2022, el uso de PrEP aumentó de 23 % a 36 %.⁴ Aumentar el acceso a la PrEP y romper otras barreras para el uso de la PrEP en las comunidades donde más se necesita ayudará a avanzar hacia el objetivo de EHE. **Los profesionales de la salud pueden hacer una contribución impactante para alcanzar estos objetivos.**



Estudio de caso

Cliente

Hombre de 36 años de edad, de raza blanca, cisgénero, que vive solo en Phoenix, AZ, un área con una alta prevalencia de VIH.⁷²

Escenario y resultado

El cliente estaba asistiendo a una clínica de salud sexual, con la intención de realizarse pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual. El proveedor utilizó la cita como una oportunidad para plantear brevemente el tema de la PrEP al cliente, quien expresó su voluntad de obtener más información sobre las opciones preventivas para el VIH.

Posibles intervenciones

- Educación a los profesionales de la salud sobre las pautas de la PrEP de los CDC, que establecen que todos los adultos y adolescentes sexualmente activos deben recibir información sobre la PrEP para la prevención de la adquisición del VIH.²⁸
- Utilización del marco de GOALS del Instituto del SIDA del NYSDOH, que está diseñado para simplificar las conversaciones sobre antecedentes sexuales y para obtener la información más útil para identificar un curso de acción clínica adecuado.²⁹

6. Conclusión: pasar de las palabras a la acción

¿Por qué debemos actuar?

- A pesar de tener las herramientas para prevenir el VIH, el progreso para finalizar la epidemia del VIH es lento.
- La salud sistémica y las desigualdades sociales han llevado a desigualdades en los resultados

de prevención del VIH.

- Solo una pequeña fracción de personas que podrían beneficiarse de las herramientas de prevención del VIH tienen una receta de PrEP.

¿Cuáles son las barreras para la aceptación y el uso constante de la PrEP?

- Las desigualdades, que incluyen discriminación, estigmatización, racismo sistémico y desconfianza del sistema de atención médica, actúan como barreras para el uso de la PrEP.
- Las personas que pueden beneficiarse de la PrEP a menudo tienen determinantes sociales de salud superpuestos, y esta interseccionalidad puede profundizar los sistemas de discriminación.

- Los sesgos del proveedor sobre aquellos que pueden beneficiarse de la PrEP pueden llevar a una prescripción insuficiente, particularmente en grupos desatendidos.
- Las personas vulnerables a adquirir el VIH pueden tener dificultades para aceptar el riesgo en sus conductas.

Usted tiene un rol que cumplir para finalizar la epidemia del VIH

Cada uno de nosotros tiene un rol que cumplir en EHE. Este es un llamado a la acción para profesionales de la salud de todo tipo en el ámbito de la atención médica para:

- Considerar recomendar PrEP, según corresponda, y ofrecer PrEP a quienes la soliciten, si usted es un proveedor
- Educar a todos los adultos y adolescentes sexualmente activos sobre la PrEP como opción de prevención del VIH
- Comprender la epidemiología del VIH en su región; por ejemplo, mediante el uso de mapas interactivos de los CDC, AIDSVu u otros recursos disponibles a nivel local^{13,61}
- Aliviar la incomodidad al hablar sobre los antecedentes sexuales, a través de la práctica constante
- Ofrecer pruebas de VIH a todos los adultos y adolescentes sexualmente activos
- Tratar a todas las personas que soliciten o usen PrEP con respeto, y afirmar y respaldar el uso de PrEP
- Crear un entorno de atención médica agradable para las personas que preguntan sobre la PrEP o la usen
- Considerar cómo la salud mental y emocional podría crear barreras para la aceptación de la PrEP para los clientes
- Educar a los colegas sobre la PrEP como opción de prevención del VIH
- Asegurarse de que su sistema de atención médica tenga una infraestructura adecuada para brindar atención
- Recibir capacitación sobre los términos adecuados para describir la PrEP a sus clientes
- Considerar las barreras no médicas para el uso y la perseverancia de la PrEP, incluidos los determinantes sociales de la salud de los clientes.

7. Referencias

1. World Health Organization. Sexual health. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/sexual-health> (consultado el 3 de junio de 2024).
2. HIV.gov. US statistics. 2024. Disponible en: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics/> (consultado el 10 de mayo de 2024).
3. HIV.gov. EHE overview. 2024. Disponible en: <https://www.hiv.gov/federal-response/ending-the-hiv-epidemic/overview/> (consultado el 10 de mayo de 2024).
4. HIV.gov. Key EHE strategies. 2024. Disponible en: <https://www.hiv.gov/federal-response/ending-the-hiv-epidemic/key-strategies> (consultado el 10 de mayo de 2024).
5. Li Z, Purcell DW, Sansom SL *et al.* Vital signs: HIV transmission along the continuum of care - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:267–72.
6. HIV.gov. HIV treatment overview. 2023. Disponible en: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/staying-in-hiv-care/hiv-treatment/hiv-treatment-overview> (consultado el 24 de junio de 2024).
7. National Institute of Allergy and Infectious Disease. HIV language guide. 2024. Disponible en: <https://aidsnet.org/wp-content/uploads/2024/06/NIAID-HIV-Language-Guide.pdf> (consultado el 28 de octubre de 2024).
8. Centers for Disease Control and Prevention. PrEP. 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/stophivtogether/hiv-prevention/prep.html> (consultado el 9 de diciembre de 2024).
9. Centers for Disease Control and Prevention. Preventing HIV with PrEP. 2024. Disponible en: https://www.cdc.gov/hiv/prevention/prep.html#cdc_prevention_health-prep-effectiveness (consultado el 9 de diciembre de 2024).
10. Sullivan PS, DuBose SN, Castel AD *et al.* Equity of PrEP uptake by race, ethnicity, sex and region in the United States in the first decade of PrEP: a population-based analysis. *Lancet Reg Health Am* 2024;33:100738.
11. Sullivan P, Whity S, Hipp P *et al.* Trends in PrEP inequity by race and census region, United States, 2012–2021 [resumen]. Presentado en AIDS, 29 de julio – 2 de agosto de 2022, Montréal, Canadá.
12. Siegler AJ, Mouhanna F, Giler RM *et al.* The prevalence of pre-exposure prophylaxis use and the pre-exposure prophylaxis-to-need ratio in the fourth quarter of 2017, United States. *Ann Epidemiol* 2018;28:841–9.
13. Sullivan PS, Woodyatt C, Koski C *et al.* A data visualization and dissemination resource to support HIV prevention and care at the local level: analysis and uses of the AIDSVu public data resource. *J Med Internet Res* 2020;22:e23173.
14. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevention in the United States: mobilizing to end the epidemic. 2021. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/103438/cdc_103438_DS1.pdf (consultado el 3 de junio de 2024).
15. Womankind Worldwide. Glossary. Intersectionality. 2024. Disponible en: <https://www.womankind.org.uk/glossary/intersectionality/> (consultado el 3 de junio de 2024).
16. World Health Organization. Social determinants of health. 2024. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (consultado el 3 de junio de 2024).
17. Griese L, Berens EM, Nowak P *et al.* Challenges in navigating the health care system: development of an instrument measuring navigation health literacy. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:5731.
18. HIV.gov. Federal HIV budget. 2024. Disponible en: <https://www.hiv.gov/federal-response/funding/budget/> (consultado el 10 de mayo de 2024).
19. Centers for Disease Control and Prevention. Status of HIV in the US. 2021. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/103438> (consultado el 15 de agosto de 2024).
20. United States Census Bureau. National population by characteristics: 2020-2024. 2024. Disponible en: <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/popest/2020s-national-detail.html> (consultado el 15 de agosto de 2024).
21. United States Census Bureau. United States population growth. 2024. Disponible en: https://www.census.gov/popclock/data_tables.php?component=growth (consultado el 24 de junio de 2024).
22. Truong N, Perez-Brumer A, Burton M *et al.* What is in a label? Multiple meanings of 'MSM' among same-gender-loving Black men in Mississippi. *Glob Public Health* 2016;11:937–52.
23. Grey JA, Bernstein KT, Sullivan PS *et al.* Estimating the population sizes of men who have sex with men in US states and counties using data from the American Community Survey. *JMIR Public Health Surveill* 2016;2:e14.
24. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I *et al.* The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry* 2024;23:58–90.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Issue brief: the role of housing in ending the HIV epidemic. 2024. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/127257> (consultado el 31 de mayo de 2024).
26. Centers for Disease Control and Prevention. PrEP is for women. 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/stophivtogether/library/topics/prevention/brochures/cdc-lsht-prevention-brochure-prep-is-for-women-patient.pdf> (consultado el 31 de mayo de 2024).
27. Sullivan P, DuBose S, Brisco K *et al.* Association of state-level PrEP coverage and state-level HIV diagnoses, US, 2012–2021 [resumen]. Presentado en la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 3–6 de marzo de 2024, Denver, CO, EE. UU.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States. 2021. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/112360> (consultado el 10 de mayo de 2024).
29. New York State Department of Health AIDS Institute. GOALS framework for sexual history taking in primary care. 2019. Disponible en: https://cdn.hivguidelines.org/wp-content/uploads/20230104115829/NYSDOH-AI-GOALS-Framework-for-Sexual-History-Taking-in-Primary-Care_1-4-2023_HG.pdf (consultado el 4 de septiembre de 2024).
30. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1–17.
31. US Preventive Services Task Force. Human immunodeficiency virus (HIV) infection: screening. 2019. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening> (consultado el 20 de mayo de 2024).

32. HIV.gov. HIV screening and diagnosis in the older person. 2024. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/special-populations-hiv-and-older> (consultado el 8 de octubre de 2024).
33. The White House. National HIV/AIDS strategy for the United States 2022–2025. 2021. Disponible en: <https://files.hiv.gov/s3fs-public/NHAS-2022-2025.pdf> (consultado el 31 de mayo de 2024).
34. Centers for Disease Control and Prevention. Status neutral HIV prevention and care. 2023. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/129024> (consultado el 15 de agosto de 2024).
35. U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of acquisition of HIV: preexposure prophylaxis. 2023. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prevention-of-human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-pre-exposure-prophylaxis> (consultado el 20 de mayo de 2024).
36. U.S. Preventive Services Task Force. A & B recommendations. 2024. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations> (consultado el 20 de mayo de 2024).
37. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical guidance for PrEP. 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hivnexus/hcp/prep/index.html> (consultado el 4 de septiembre de 2024).
38. Zhu W, Huang YA, Kourtis AP et al. Trends in the number and characteristics of HIV pre-exposure prophylaxis providers in the United States, 2014–2019. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2021;88:282–9.
39. World Health Organization. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240053694> (consultado el 3 de junio de 2024).
40. Harrison SE, Paton M, Muessig KE et al. “Do I want PrEP or do I want a roof?”. social determinants of health and HIV prevention in the southern United States. *AIDS Care* 2022;34:1435–42.
41. Doherty R, Walsh JL, Quinn KG et al. Association of race and other social determinants of health with HIV pre-exposure prophylaxis use: a county-level analysis using the PrEP-to-need ratio. *AIDS Educ Prev* 2022;34:183–94.
42. Teitelman AM, Tieu HV, Flores D et al. Individual, social and structural factors influencing PrEP uptake among cisgender women: a theory-informed elicitation study. *AIDS Care* 2022;34:273–83.
43. Kota KK, Mansergh G, Stephenson R et al. Sociodemographic characteristics of HIV pre-exposure prophylaxis use and reasons for nonuse among gay, bisexual, and other men who have sex with men from three US cities. *AIDS Patient Care STDS* 2021;35:158–66.
44. HIV.gov. Pre-exposure prophylaxis. 2024. Disponible en: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/hiv-prevention/using-hiv-medication-to-reduce-risk/pre-exposure-prophylaxis> (consultado el 8 de octubre de 2024).
45. Center on Budget and Policy Priorities. Medicaid expansion: frequently asked questions. 2024. Disponible en: <https://www.cbpp.org/research/health/medicaid-expansion-frequently-asked-questions-0> (consultado el 20 de mayo de 2024).
46. KFF. Status of state medicaid expansion decisions: interactive map. 2024. Disponible en: <https://www.kff.org/affordable-care-act/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/> (consultado el 24 de junio de 2024).
47. National Institute of Mental Health. Post-traumatic stress disorder (PTSD). 2024. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd> (consultado el 28 de octubre de 2024).
48. LeGrand S, Reif S, Sullivan K et al. A review of recent literature on trauma among individuals living with HIV. *Curr HIV/AIDS Rep* 2015;12:397–405.
49. Miller SJ, Harrison SE, Sanasi-Bhola K. A scoping review investigating relationships between depression, anxiety, and the PrEP care continuum in the United States. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:11431.
50. Colson PW, Franks J, Wu Y et al. Adherence to pre-exposure prophylaxis in Black men who have sex with men and Transgender women in a community setting in Harlem, NY. *AIDS Behav* 2020;24:3436–55.
51. Mayer KH, Agwu A, Malebranche D. Barriers to the wider use of pre-exposure prophylaxis in the United States: a narrative review. *Adv Ther* 2020;37:1778–81.
52. Goparaju L, Praschan NC, Warren-Jeanpierre L et al. Stigma, partners, providers and costs: potential barriers to PrEP uptake among US women. *J AIDS Clin Res* 2017;8:730.
53. Andrade EA, Stoukides G, Santoro AF et al. Individual and health system factors for uptake of pre-exposure prophylaxis among young Black and Latino gay men. *J Gen Intern Med* 2023;38:2768–74.
54. Randolph SD, Johnson R, Jeter E et al. UPDOs protective styles, a multilevel intervention to improve pre-exposure prophylaxis uptake among Black cisgender women: pretest-posttest evaluation. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2023;34:459–68.
55. Rao S, Reed AE, Parchem B et al. Optimizing provider preexposure prophylaxis (PrEP) training: a cross-sectional analysis of recommendations from providers across the PrEP implementation cascade. *AIDS Behav* 2022;26:218–31.
56. AIDSVu. Understanding the current HIV epidemic in New York City, NY. 2024. Disponible en: <https://map.aidsvu.org/profiles/city/new-york-city-ny/overview> (consultado el 15 de agosto de 2024).
57. Johnson KA, Levy M, Brosnan H et al. Texting lost-to-follow-up PrEP patients from a San Francisco sexual health clinic. *Prev Sci* 2022;23:1448–56.
58. Stephenson R, Rogers E, Mansergh G et al. Intimate partner violence and preferences for pre-exposure prophylaxis (PrEP) modes of delivery among a sample of gay, bisexual, and other men who have sex with men. *AIDS Behav* 2022;26:2425–34.
59. Golub SA, Gamarel KE, Lelutiu-Weinberger C. The importance of sexual history taking for PrEP comprehension among young people of color. *AIDS Behav* 2017;21:1315–24.
60. AIDSVu. Understanding the current HIV epidemic in Baltimore, MD. 2024. Disponible en: <https://map.aidsvu.org/profiles/city/baltimore-md/overview> (consultado el 15 de agosto de 2024).
61. Centers for Disease Control and Prevention. AtlasPlus: maps. 2024. Disponible en: <https://gis.cdc.gov/grasp/nchhstpatlas/maps.html> (consultado el 24 de junio de 2024).
62. Cramer JA, Roy A, Burrell A et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health* 2008;11:44–7.

63. Coy KC, Hazen RJ, Kirkham HS *et al.* Persistence on HIV preexposure prophylaxis medication over a 2-year period among a national sample of 7148 PrEP users, United States, 2015 to 2017. *J Int AIDS Soc* 2019;22:e25252.
64. Khosropour CM, Riley T, Healy E *et al.* Persistence in a pharmacist-led, same-day PrEP program in Mississippi: a mixed-methods study. *BMC Public Health* 2023;23:1130.
65. Golub SA. PrEP stigma: implicit and explicit drivers of disparity. *Curr HIV/AIDS Rep* 2018;15:190–7.
66. D'Avanzo P, Shourya S, Brin M *et al.* Identifying key factors to PrEP initiation and persistence among YMSM through focus groups and surveys in two high-priority settings. *AIDS Educ Prev* 2024;36:33–47.
67. Dubov A, Krakower DS, Rockwood N *et al.* Provider implicit bias in prescribing HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) to people who inject drugs. *J Gen Intern Med* 2023;38:2928–35.
68. Rowe K, Theodore DA, Zucker J *et al.* Lost2PrEP: understanding reasons for pre-exposure prophylaxis and sexual health care disengagement among men who have sex with men attending a sexual health clinic at a large urban academic medical center in New York City. *AIDS Patient Care STDS* 2022;36:153–8.
69. Serota DP, Rosenberg ES, Lockard AM *et al.* Beyond the biomedical: preexposure prophylaxis failures in a cohort of young Black men who have sex with men in Atlanta, Georgia. *Clin Infect Dis* 2018;67:965–70.
70. Lee JJ, Li Verdugo J, Xiao AY *et al.* Digital interventions to enhance PrEP uptake and adherence through stigma reduction. *Curr HIV/AIDS Rep* 2023;20:458–69.
71. Krakower DS, Gruber S, Hsu K *et al.* Development and validation of an automated HIV prediction algorithm to identify candidates for pre-exposure prophylaxis: a modelling study. *Lancet HIV* 2019;6:e696–e704.
72. AIDSVu. Understanding the current HIV epidemic in Phoenix, AZ. 2024. Disponible en: <https://map.aidsvu.org/profiles/city/phoenix-az> (consultado el 15 de agosto de 2024).

