

## ¿QUÉ SIGNIFICA LA PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN (PEP)?

# Implementación de PEP en el sur

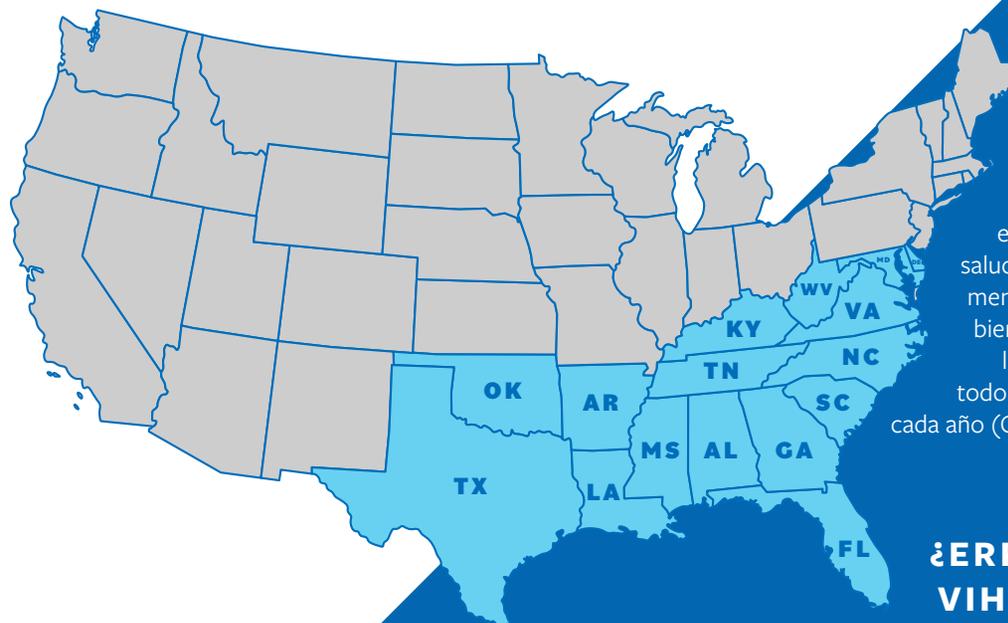
Colaboración de la Red de proveedores para la creación de capacidades (CPN, por sus siglas en inglés) entre:



## INTRODUCCIÓN

Este resumen ofrece un panorama general de la profilaxis de post-exposición (PEP) al virus VIH (virus de inmunodeficiencia humana) en el sur de los Estados Unidos (“el sur”). El objetivo es proveer una descripción general de la prevención con PEP para impulsar la acción colectiva entre: Departamentos de salud pública jurisdiccionales y locales, organizaciones comunitarias (CBO, por sus iniciales en inglés) y clínicas de salud comunitaria, con el objetivo de aumentar y mejorar la prevención del virus con PEP. Se emplearon los modelos socioecológico y de impacto colectivo como marco de referencia para orientar las recomendaciones, aumentar la conciencia, la aceptación y el acceso a PEP en el sur.

## EL SUR



El sur de los Estados Unidos (EE.UU.) representa la tercera parte de la población de los Estados Unidos y tiene la mayor concentración de personas de color.<sup>1</sup> En el sur también se presentan muchas disparidades de salud. Una de cada cinco (1 en 5) personas adultas que viven en el sur, reportan su estado de salud como regular o malo, lo que indica un tres o cuatro por ciento menor que sus contrapartes del oeste, el medio oeste y el norte.<sup>2</sup> Si bien el sur reporta un tercio de la población de los Estados Unidos, los estados sureños en la actualidad representan más del 51% de todos los nuevos casos de VIH diagnosticados en los Estados Unidos cada año (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2019).

## ¿ERRADICACIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH EN LOS ESTADOS UNIDOS Y PEP?

El 5 de febrero de 2019, el gobierno de los Estados Unidos anunció la implementación de planes para ponerle fin a la epidemia del VIH para el año 2030. El plan de erradicación del VIH, *Ending the HIV Epidemic in the U.S.* (EHE, por sus siglas en inglés), se centra en cuatro áreas o “pilares” de la prevención del VIH: Diagnosticar, tratar, prevenir y responder. Cada pilar describe diferentes actividades e intervenciones. En la descripción de alto nivel del pilar prevención, se hace referencia a la profilaxis pre-exposición (PrEP) y a los programas de servicio de jeringas (SSP, por sus siglas en inglés), pero no incluye PEP.<sup>3</sup> Incrementar el uso de PEP es una estrategia importante y necesaria para erradicar la epidemia del VIH (John, S., et.al).<sup>4</sup>

Si no se menciona PEP en el nivel superior del plan EHE, PEP puede descuidarse como herramienta de prevención. Con aproximadamente la mitad de las 57 jurisdicciones de fase uno del plan EHE en el sur, PEP es una estrategia importante para alcanzar las metas y objetivos del plan.

<sup>1</sup> <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies/cdc-hiv-in-the-south-issue-brief.pdf>

<sup>2</sup> Salud y cobertura de salud en el sur: Actualización de datos, <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-and-health-coverage-in-the-south-a-data-update/>

<sup>3</sup> Key Strategies in the Plan [Estrategias clave del Plan EHE], <https://www.hiv.gov/federal-response/ending-the-hiv-epidemic/key-strategies>

<sup>4</sup> Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Awareness and Non-Occupational PEP (nPEP) Prescribing History Among U.S. Healthcare Providers. [Conciencia sobre la profilaxis posexposición (PEP) al VIH y antecedentes de prescripción de PEP no ocupacional (nPEP) entre los proveedores de atención médica de los Estados Unidos] <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10461-020-02866-6>

## RESUMEN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PEP EN EL SUR

En 2005, PEP fue recomendada como una manera clínica efectiva para prevenir el VIH después de una posible exposición.<sup>5</sup> En un estudio nacional sobre la conciencia y la prescripción de PEP en los Estados Unidos, de los 480 proveedores de cuidados de salud que participaron, el 12.5% desconocía PEP, el 43.5% conocía nPEP pero no la había recetado y el 44.0% había recetado nPEP para posibles exposiciones sexuales al VIH. Doscientos (200) de estos proveedores eran del sur y “desconocían PEP” en mayor proporción que los proveedores de otras regiones de los Estados Unidos.<sup>6</sup> Menos proveedores en el sur de los Estados Unidos habían recetado nPEP en comparación con proveedores de otras regiones. Es necesario más entrenamiento en la implementación clínica y la prescripción de PEP. De la misma manera, es necesario incrementar la implementación programática de estrategias de profilaxis de post-exposición (PEP) en entornos de salud pública (departamentos de salud, organizaciones comunitarias y clínicas).

En el Inventario Nacional de Prevención del VIH (NHPI, por sus siglas en inglés) de 2019, desarrollado por la Alianza Nacional de Directores Estatales y Territoriales del SIDA (NASTAD, por sus siglas en inglés) indicó que, de los 55 departamentos de salud participantes, 22 informaron tener problemas con nPEP (5 estaban ubicados en el sur). La mayoría (64%, 14) brinda alcance y educación sobre nPEP a través de organizaciones comunitarias y clínicas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), evidenciando un aumento de 12 departamentos de salud en 2014 (21%) y 10 departamentos de salud (17%) en 2009. Si bien los programas de nPEP apoyados por los departamentos de salud están aumentando, se deben superar las barreras de implementación para aumentar los programas y el acceso a nPEP.

## BARRERAS DE IMPLEMENTACIÓN DE PEP

Como lo destacan Leshin et al (2019), “La eficacia de la profilaxis de post-exposición (PEP), una estrategia importante en la batalla contra el VIH, depende del conocimiento de esta modalidad y de su elección en el momento oportuno entre los grupos de alto riesgo”.<sup>7</sup> Existen muchas barreras clínicas y de pacientes para el uso de nPEP. Los pacientes han informado dificultades con la adhesión al tratamiento con medicamentos, con el costo de los medicamentos y con el conocimiento y la conciencia de los proveedores. Sin embargo, hay pocas investigaciones con poblaciones prioritarias que demuestren factores que influyan en el uso de PEP. Al considerar las barreras clínicas, la conciencia y el conocimiento de los proveedores son los factores que facilitan la disponibilidad de nPEP para las personas con mayor riesgo de contraer el VIH.

### CONOCIMIENTOS BÁSICOS:

#### ¿Qué es PEP?

La profilaxis de post-exposición (PEP, por sus siglas en inglés) significa el uso de medicamentos antiretrovirales después de una posible exposición al VIH con el objetivo de prevenir la seroconversión por el virus. PEP debe iniciarse lo antes posible para que sea efectiva en el tratamiento contra el VIH, dentro de las 72 horas después de una posible exposición. A menudo, PEP se clasifica según el tipo de exposición: exposición ocupacional / entorno laboral o PEP (p. ej., un pinchazo con una aguja en un entorno clínico) y, exposición no ocupacional / entorno no laboral nPEP (p. ej., mediante relaciones sexuales, intercambio de agujas, agresiones sexuales, etc.). Aunque PEP incluye tanto oPEP como nPEP, este documento se enfoca primordialmente en nPEP en el sur y será referida en adelante como PEP.

<sup>5</sup> Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services [Profilaxis posexposición con antirretrovirales después de la exposición sexual, el uso de drogas inyectables u otra exposición no ocupacional al VIH en los Estados Unidos: recomendaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos]. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>

<sup>6</sup> posexposición al VIH (PEP) y prescripción de PEP no ocupacional (nPEP) entre proveedores de cuidados de salud en los Estados Unidos]. <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10461-020-02866-6>

<sup>7</sup> Leshin D, Olshtain-Pops K, Moses A, Elinav H. Limited awareness of the effective timing of HIV post-exposure prophylaxis among people with high-risk exposure to HIV [Conciencia limitada sobre la eficacia de la profilaxis posexposición al VIH en el momento oportuno entre personas con alto riesgo de exposición al VIH]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. Abril de 2019;38(4):779-784. doi: 10.1007/s10096-019-03476-4. Publicación virtual 24 de enero de 2019. PMID: 30680571.

En la evaluación del Inventario Nacional de Prevención del VIH (NHPI, por sus siglas en inglés), los departamentos de salud compartieron que los desafíos más importantes para la implementación de los programas de nPEP son: 1) falta de financiamiento (61%, 33), 2) falta de voluntad de los proveedores para proporcionar nPEP (41%, 22) y 3) falta de conciencia de la comunidad sobre nPEP (39%, 21). Comprender las barreras de implementación de nPEP puede ayudar cuando se trabaja en el desarrollo de estrategias para superar estos desafíos.

A pesar de que se ha destinado un número considerable de recursos y esfuerzos para aumentar la accesibilidad y aceptabilidad de PrEP, se ha retrasado la utilización de PEP para la prevención de la incidencia del VIH<sup>8</sup>. Aunque los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) [publicó una guía para PEP](#), algunas jurisdicciones en los Estados Unidos y seis áreas dependientes han implementado estas pautas con diversos grados de efectividad.

Otra barrera en la implementación es pagar por PEP. Pagar por PEP puede ser un desafío por múltiples razones, particularmente si proveedores de salud desconocen las opciones disponibles para pagar por PEP. Medicaid y la mayoría de los planes de seguro privados cubren PEP. Para las personas que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente, se encuentran disponibles programas de asistencia para el pago, así como programas de costos compartidos. Debido a la necesidad de un tratamiento de PEP dentro de las 72 horas posteriores a la exposición, el acceso a estos programas de asistencia de pago puede ser un desafío para el cliente. Otros desafíos para considerar son los costos de la visita a los proveedores y las pruebas de laboratorio complementarias que pueden ser parte del protocolo del centro de atención médica. Aumentar el acceso a PEP entre los proveedores de redes de seguridad y salud pública puede ayudar a superar estos desafíos.

## Pagar por PEP

PEP está cubierta por Medicaid y por la mayoría de los planes de seguro, con programas de asistencia para pagos y costos compartidos disponibles. Los siguientes recursos están disponibles para asistir en la navegación de diferentes programas de asistencia financiera disponibles para PEP.

**Programas de asistencia a le paciente por parte de empresas farmacéuticas y Programas de asistencia con costos compartidos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y para la profilaxis de post-exposición (PEP).** Cada compañía farmacéutica tiene diferentes políticas para la solicitud y entrega de medicamentos para PEP. Este recurso desarrollado por NASTAD ofrece instrucciones detalladas para el programa de cada empresa.

**Códigos de facturación para PEP** El Departamento de Salud Pública de Illinois en conjunto con la Asociación de Salud Pública de Illinois desarrollaron un manual útil de facturación para las pruebas del VIH y los servicios relacionados (incluidas PEP y PrEP). El recurso también proporciona información sobre los principios generales de codificación. Aunque este recurso no fue desarrollado en el sur, puede asistir satisfactoriamente las jurisdicciones del sur con preguntas sobre el código de facturación.

**Para sobrevivientes de agresiones sexuales,** algunas Oficinas del Fiscal General del Estado ayudan con la cobertura de PEP. Cada estado tiene diferentes programas disponibles. La [Página de recursos locales del Departamento de Justicia de los Estados Unidos](#) incluye información para que cada estado aprenda más acerca los programas disponibles.

<sup>8</sup> Fagan J, Frye V, Calixte R, Jain S, Molla L, Lawal A, Mosley MP, Greene E, Mayer KH, Zingman BS. "It's Like Plan B but for HIV!" Design and Evaluation of a Media Campaign to Drive Demand for PEP. ["¿Es como el Plan B, pero para el VIH!"] Diseño y evaluación de una campaña mediática para impulsar la demanda de PEP] AIDS and Behavior Diciembre de 2020;24(12):3337-3345. doi: 10.1007/s10461-020-02906-1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32390059/>



## PAPEL DE LAS PARTES INTERESADAS EN EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PEP

La participación de los actores claves puede ser de gran ayuda para aumentar la implementación de PEP en el sur. Los siguientes actores claves pueden tener un efecto en el suministro y el acceso a PEP, y en la implementación general de PEP a través de la acción colectiva.

### LES ACTORES CLAVES: PROFESIONALES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL VIH.

Para una implementación óptima, no debe subestimarse el papel de los profesionales de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). En la práctica, el profesional de atención primaria puede servir como conducto para superar las barreras psicosociales, en particular el estigma, la percepción de bajo riesgo y/o condiciones médicas complejas. Henny et al (2019)<sup>9</sup> examinaron los factores asociados con una mejor detección del VIH y la prescripción de nPEP y PrEP entre una muestra representativa de profesionales de atención primaria en el sureste. *Menos de la mitad de los profesionales de atención primaria del estudio informaron tener un “buen” conocimiento de nPEP.* De manera similar a PrEP, entre más capacitación relacionada con el VIH recibía un profesional de atención primaria, más familiarizado estaba con PEP.

Rodríguez et al (2013)<sup>10</sup> encuestaron a 142 proveedores de atención médica para el VIH<sup>11</sup> en el condado de Miami-Dade (Florida) y en el Distrito de Columbia para evaluar el conocimiento, las actitudes, las creencias y las prácticas relacionadas con el suministro de nPEP. El estudio encontró que una barrera adicional para utilizar nPEP puede ser la ausencia de protocolos para guiar a los proveedores de atención médica para el VIH en sus respectivas instituciones. Mientras que la mayoría de los encuestados conocían las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), la mayoría también indicó que no había protocolos escritos sobre nPEP. Los proveedores en las clínicas que no contaban con un protocolo escrito sobre nPEP tenían menos probabilidades de recetar nPEP que aquellos que sí tenían un protocolo escrito. Teniendo en cuenta que los proveedores de atención médica para el VIH “son de quienes más se espera recibir remisiones para

nPEP”, es posible que falten más protocolos escritos sobre nPEP entre la comunidad médica en general.

Otros factores habilitantes para la prescripción de nPEP fueron:

- ✓ **Defensoría de le cliente**  
los pacientes que solicitaron nPEP recibieron la receta médica.
- ✓ **Percepción y experiencia de los proveedores**  
creencia de que nPEP conduciría a la resistencia a los antirretrovirales. Los proveedores que recetaron anteriormente nPEP tuvieron más probabilidades de recetarla de nuevo.
- ✓ **Tamaño del consultorio médico**  
era más probable que los proveedores en consultorios médicos grandes tuvieran más probabilidades de prescribir nPEP que aquellos en consultorios médicos pequeños

Los profesionales de atención primaria y los proveedores de atención médica para el VIH son partes interesadas importantes para aumentar el acceso y la toma de PEP. El aumento de la capacitación relacionada con el VIH, en particular para los profesionales de atención primaria en regiones (áreas estadísticas metropolitanas, condados, etc.) con alta incidencia del VIH, debe incluir contenido de PEP para que los proveedores puedan evaluar, detectar y recetar más fácilmente a los posibles beneficiarios de la intervención. El desarrollo e implementación de protocolos nPEP tomará la acción colectiva de los profesionales de atención primaria, de los proveedores de atención médica para el VIH y su respectivo personal administrativo, para abordar las barreras que afectan el suministro de nPEP en su consultorio médico.

<sup>9</sup> Henny KD, Duke CC, Geter A, Gaul Z, Frazier C, Peterson J, Buchacz K, Sutton MY. HIV-Related Training and Correlates of Knowledge, HIV Screening and Prescribing of nPEP and PrEP Among Primary Care Providers in Southeast United States [Capacitación relacionada con el VIH y correlaciones de conocimientos, pruebas del VIH y prescripción de nPEP y PrEP entre profesionales de atención primaria en el sureste de los Estados Unidos], 2017. AIDS and Behavior Noviembre de 2019;23(11):2926-2935. doi: 10.1007/s10461-019-02545-1. PMID: 31172333; PMCID: PMC6803031.

<sup>10</sup> Rodríguez AE, Castel AD, Parish CL, et al. HIV medical providers' perceptions of the use of antiretroviral therapy as nonoccupational postexposure prophylaxis in 2 major metropolitan areas [Percepciones de los proveedores de atención médica para el VIH sobre el uso de terapias antirretrovirales como la profilaxis posexposición no ocupacional en dos áreas metropolitanas importantes]. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999). Noviembre de 2013;64 Suppl 1:S68-79. DOI: 10.1097/qai.0b013e3182a901a2.

<sup>11</sup> En el estudio, los proveedores de atención médica para el VIH se definen como aquellos que trataron al menos a una persona que vive con el VIH, en el último año, y que brindan atención a personas que no viven con el VIH, tales como especialistas en enfermedades infecciosas, proveedores de clínicas de enfermedades de transmisión sexual y/o proveedores de atención primaria.



## ACTORES CLAVES Organizaciones comunitarias

Las organizaciones comunitarias (CBO, por sus iniciales en inglés) están en la primera línea para el acceso a la salud, especialmente para los miembros de la comunidad que experimentan desafíos. Como fuentes confiables de información, educación y servicios para la salud, las organizaciones comunitarias ayudan a minimizar las barreras de acceso para las comunidades agobiadas por determinantes de desigualdad sociales y estructurales en el campo de la salud, que incluyen, entre otros: el estatus socioeconómico, las políticas de inmigración, los seguros de salud, la ubicación geográfica y el estigma social (Ross y Williams, 2002; CDC 2007).<sup>12,13</sup> Los educadores de salud en comunidades, incluyendo los administradores de pruebas del VIH, que trabajan en entornos no clínicos son particularmente eficaces para llegar a las personas que desconocen su estado y actúan como defensores del acceso a los servicios de prevención del VIH. Esta población activa requiere mejor capacitación y mejores sistemas para ofrecer conexiones a PEP, incluyendo la capacitación a los administradores de pruebas a nivel comunitario en como evaluar la elegibilidad para PEP, así como la exploración de PEP con colaboraciones establecidas de prescriptores.

**LECCIONES:** Las organizaciones comunitarias son un punto de acceso clave para la prevención del VIH, especialmente para las poblaciones prioritarias. Los proveedores de servicios no clínicos, incluidos los promotores de salud comunitarios y los trabajadores de alcance, los administradores de pruebas y los educadores que trabajan en regiones con alta incidencia de VIH, necesitan formación y apoyo para evaluar, monitorear y orientar a los posibles beneficiarios de PEP. Esto es aún más crucial para el contexto del sur, donde las grandes áreas

rurales limitadas por las opciones de transporte público y otros factores estructurales tienen un efecto en el tiempo requerido para conectar a una persona con PEP de manera eficaz.



## ACTORES CLAVES Personal en farmacias

El aumento de los puntos de acceso para PEP puede ayudar en gran medida a reducir las barreras para el acceso a esta estrategia de intervención. Como PEP debe administrarse dentro de las 72 horas posteriores a la posible exposición, el tiempo es un factor esencial. El acceso a profesionales de atención médica puede ser limitado, especialmente durante las noches y los fines de semana, y a menudo, obtener una cita puede llevar tiempo. Aumentar PEP recetada por el personal de la farmacia es una oportunidad que permitiría un acceso más rápido y ayudaría a reducir algunas barreras. Los estados de todo el país están comenzando a aprobar leyes para ampliar el acceso a la prescripción para el personal de la farmacia. Nueva York, California y Colorado se encuentran entre los estados que han aprobado esta legislación. Aunque ninguno de estos estados se encuentra en el sur, sirven como modelos para estas jurisdicciones a la hora de modificar su legislación y políticas. Para resaltar aún más estos cambios legislativos, la Red de Acción contra el SIDA de Carolina del Norte (NCAAN, por sus siglas en inglés) desarrolló un resumen sobre “[PrEP y PEP distribuidas en farmacias](#)”, que describe las diferentes leyes aprobadas y propuestas para abordar la expansión de la prescripción farmacéutica de PrEP / PEP. Este informe puede ser de gran ayuda para otros estados del sur cuando busquen adoptar políticas similares.

## Prohibir la Autorización Previa para PEP

Autorización previa, es la aprobación de un plan de salud requerida antes de recibir un servicio o surtir una receta médica para que el servicio o la receta estén cubiertos por un plan de salud. A través de este proceso, el personal médico debe justificar el medicamento como médicamente necesario y se le puede pedir que documente que el paciente cumple con los criterios clínicos especificados. Se ha demostrado que los requisitos de autorización previa reducen el uso de medicamentos tanto necesarios como innecesarios.<sup>14</sup> Los retrasos creados por las autorizaciones previas son una barrera adicional para el acceso a PEP, especialmente dado que el tiempo es un factor importante para una intervención eficaz. Las leyes de California y Colorado para la iniciación del tratamiento de PrEP/PEP en las farmacias evitan que los proveedores de seguros médicos les exijan a las personas recibir una autorización previa tanto para PrEP como para PEP.

<sup>12</sup> Ross, M., & Williams, M. (2002). Effective targeted and community HIV/STD prevention programs [Programas eficaces dirigidos a la prevención comunitaria del VIH / ETS]. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 58-62. Consultado el 24 de marzo de 2021, en <http://www.jstor.org/stable/3813425>

<sup>13</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Rapid HIV testing in outreach and other community settings--United States [Pruebas rápidas de VIH en entornos comunitarios y de alcance--Estados Unidos], 2004-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Noviembre de 2007 30;56(47):1233-7. PMID: 18046300.

<sup>14</sup> Regional Disparities in Qualified Health Plans' Prior Authorization Requirements for HIV Pre-exposure Prophylaxis in the United States [Disparidades regionales en los requisitos de autorización previa de los planes de salud calificados para la profilaxis previa a la exposición al VIH en los Estados Unidos]. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2766669>

## RECOMENDACIONES PARA LOS CONSULTORIOS MÉDICOS:

Para abordar las barreras y oportunidades mencionadas anteriormente, a continuación, se presentan algunas recomendaciones que los departamentos de salud, el personal médico y las organizaciones comunitarias pueden emplear para aumentar la implementación de PEP en todo el sur.

### DEPARTAMENTOS DE SALUD

Los departamentos de salud pueden planear, guiar, educar, financiar, monitorear y ofrecer otro tipo de apoyo para programas y servicios de prevención del VIH como PEP. Esto incluye aprovechar los programas y fondos existentes de varios tipos.

#### Recomendaciones:

- Establecer protocolos y procedimientos que guíen la implementación y utilización de nPEP.
  - Difundir herramientas de orientación a los departamentos de salud y las organizaciones comunitarias locales.
- Establecer líneas directas de ayuda y / o directorios de puntos de acceso para nPEP en los departamentos de salud a nivel jurisdiccional y local.
- Proporcionar entrenamiento continuo para aumentar el conocimiento y la conciencia entre el personal proveedor clínico y no clínico y los miembros de la comunidad.
- Realizar el programa de detalle de salud pública con los proveedores en las salas de emergencia, los centros de atención de urgencia, los centros de planificación familiar / OBGYN y los centros de atención primaria para aumentar la disposición a recetar nPEP y la disponibilidad.
- Solicitar y participar en talleres sobre humildad cultural y sesgos implícitos.
- Desarrollar prácticas que sean sensibles culturalmente para los miembros de la comunidad a la que sirven.
- Ofrecer y garantizar financiamiento sostenible para la conexión y navegación de nPEP dentro de programas de prevención del VIH “dirigidos a la administración de pruebas”.

- Crear estrategias de publicidad continuas y destinadas a los miembros de la comunidad, a los proveedores de atención médica clínica y no clínica, estrategias que sean sensibles culturalmente para las poblaciones objetivo de prevención del VIH.
- Extender el Programa de asistencia con medicamentos profilaxis previa a la exposición (PrEP-DAP, por sus siglas en inglés) y el Programa de asistencia con medicamentos profilaxis de post-exposición (PEP-DAP, por sus siglas en inglés) (siempre que la financiación lo permita).

### PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA Y PROFESIONALES DE PRÁCTICA MÉDICA AVANZADA

- Revisar la caja de herramientas para los proveedores de atención médica sobre nPEP de los [Centros de Educación y Capacitación sobre el SIDA](#) (AETC, por sus siglas en inglés).
- Solicitar y participar en talleres sobre humildad cultural y sesgos implícitos.
- Desarrollar prácticas que sean sensibles culturalmente para los miembros de la comunidad a la que sirven.
- Realizar historiales sexuales integrales, con afirmación de género y no discriminatorios con todos los clientes.
- Conectar a las personas con recursos y detalles adicionales sobre los proveedores.

### ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

Los proveedores de atención médica no clínica y los administradores de pruebas del VIH son fuentes de cuidados de salud confiables para los miembros de la comunidad más afectadas por el VIH.

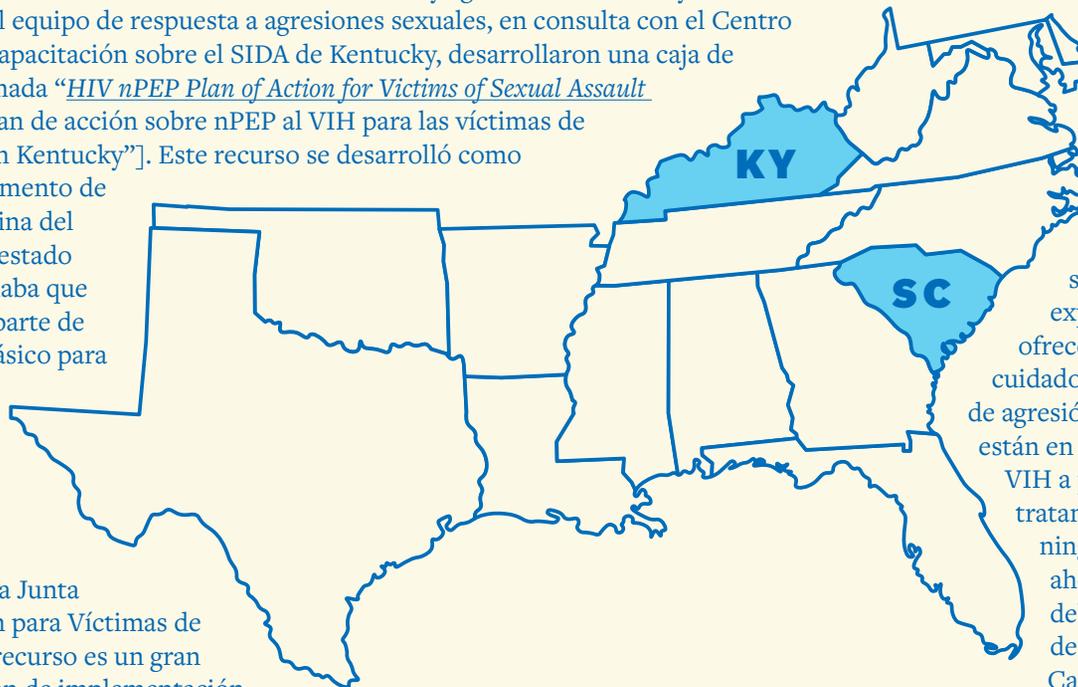
**Recomendaciones:**

- Proveedores de atención médica no clínica: Desarrollar familiaridad y comodidad con los procesos de detección y conexión de las personas que están dentro del período de 72 horas de la posible exposición. Incluir preguntas de respuesta abierta como “¿Cuál es la razón por la que viniste hoy?”
- Educar a todo el personal sobre PEP, como les empleadas de recepción, para garantizar que les clientes reciban información correcta cuando llamen a pedir más información y recursos.
- Solicitar y participar en talleres sobre humildad cultural y sesgos implícitos.
- Desarrollar prácticas que sean sensibles culturalmente para les miembros de la comunidad a la que sirven.
- Realizar historiales sexuales integrales, con afirmación de género y no discriminatorios con todos les clientes.
- Involucrar a la comunidad general para incrementar la conciencia y reducir el estigma.
- Abogar en representación de tu comunidad con les legisladores, las personas encargadas de crear políticas y les representantes de instituciones médicas más grandes para aumentar el acceso y la disponibilidad de PEP.

**Enfoque en el Sur**

El Consejo de **KENTUCKY** sobre la violencia doméstica y agresiones sexuales y el Comité asesor del equipo de respuesta a agresiones sexuales, en consulta con el Centro de Educación y Capacitación sobre el SIDA de Kentucky, desarrollaron una caja de herramientas llamada “*HIV nPEP Plan of Action for Victims of Sexual Assault in Kentucky*”. [“Plan de acción sobre nPEP al VIH para las víctimas de agresión sexual en Kentucky”]. Este recurso se desarrolló como

respuesta al documento de opinión de la oficina del fiscal general del estado en el que se afirmaba que “nPEP al VIH es parte de un tratamiento básico para las víctimas de agresión sexual, y como tal, debe financiarse con los fondos del estado que se administran por la Junta de Compensación para Víctimas de Crímenes”. Este recurso es un gran ejemplo de un plan de implementación de PEP.



En 2019, la oficina del fiscal general de CAROLINA DEL SUR anunció que el estado ampliará su programa para ayudar a les sobrevivientes de agresiones sexuales que puedan haber estado expuestos al VIH. El programa les ofrece tratamiento de nPEP al VIH y cuidados de seguimiento a las víctimas de agresión sexual cuando se conozca que están en riesgo de haber contraído el VIH a partir de la agresión sexual. El tratamiento se le ofrece a la víctima sin ningún costo. El programa se ofrece ahora en tres condados en Carolina del Sur, incluyendo los condados de Horry, Charleston y Richland. Carolina del Sur es el primer estado del sur en ofrecer este programa.

## CONCLUSIONES

Es posible que las barreras en el sur sean similares a las que se presentan en otras regiones. Sin embargo, estas barreras se agravan a causa de: amplios factores determinantes sociales y estructurales que tienen resultados adversos para la salud, como el estigma y la falta de conciencia/conocimiento sobre PEP como un método de prevención, especialmente entre adolescentes, mujeres cisgénero que tienen relaciones sexuales con hombres, etc. Es posible que la disponibilidad o falta de disponibilidad de proveedores de atención médica clínica y no clínica que sean sensibles culturalmente empeore la realidad histórica de desconfianza médica, creando mayor inaccesibilidad a PEP. Además, es posible que los proveedores necesiten reevaluar sus propias actitudes y creencias sobre PEP, la compensación de riesgos y los posibles efectos, como la resistencia antirretroviral si la persona finalmente experimenta una seroconversión.

A medida que las jurisdicciones del plan EHE en fase uno trabajan para implementar sus planes EHE, es necesario garantizar que PEP se incluya en la conversación y como una estrategia de prevención. Evitar la priorización de una estrategia que se necesite sobre otra y, concentrarse en el hecho de que diferentes estrategias ocupan distintos “lugares” en la prevención y se complementan entre sí, en lugar de competir entre sí.

Finalmente, existe la **necesidad de mayor evaluación e investigación sobre la implementación de PEP en el sur**. Se conoce muy poco sobre prácticas basadas en la evidencia, así como políticas y modelos ajustados para las poblaciones prioritarias en los estados sureños y, particularmente, sobre cómo las leyes, las regulaciones de expansión de Medicaid y los contextos geográficos rurales grandes tienen un efecto en la toma eficaz y efectiva de PEP.

## HAY ASISTENCIA TÉCNICA DISPONIBLE

Hay asistencia técnica disponible para ayudar con las recomendaciones que se describen en este resumen. ¡Los departamentos de salud y las organizaciones comunitarias en el sur financiadas por los CDC son elegibles para recibir asistencia técnica y apoyo en la creación de capacidades! El sur incluye las siguientes áreas: AL, AR, Baltimore, DC, DE, FL, GA, Houston, KY, LA, MD, MS, NC, OK, SC, TN, TX, VA, y WV. La creación de capacidades se ofrece a través de [My Brother's Keeper, Inc.](#), [la Comisión Latina sobre el SIDA](#) y [la Alianza Nacional de Directores Estatales y Territoriales del SIDA \(NASTAD, por sus siglas en inglés\)](#).

## REFERENCIAS ADICIONALES

Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit GV, Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA, Patel VV, Phillips KA, Tetrault JM, Shah M, Edelman EJ (2017) A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians [Encuesta virtual transversal sobre la adopción de profilaxis previa a la exposición al VIH entre profesionales de atención médica]. *J Gen Intern Med*. Enero de 2017; 32(1):62-70

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV [Guías actualizadas para la profilaxis antirretroviral posexposición después de una exposición al VIH mediante relaciones sexuales, uso de drogas inyectables u otra exposición no ocupacional] — Estados Unidos, 2016. 2016. Disponible en <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>. Consultado el 14 de febrero de 2017.

Donnell D, Mimiaga MJ, Mayer K, Chesney M, Koblin B, Coates T. Use of non-occupational post-exposure prophylaxis does not lead to an increase in high risk sex behaviors in men who have sex with men participating in the EXPLORE trial [El uso de la profilaxis posexposición no ocupacional no conlleva a un aumento de comportamientos sexuales de alto riesgo los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres participantes en el ensayo médico EXPLORE]. *AIDS and Behavior* 2010;14(5):1182-9.

Ford N, Mayer KH. World Health Organization guidelines on postexposure prophylaxis for HIV: recommendations for a public health approach. [Directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre la profilaxis posexposición para el VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública]. *Clin Infect Dis*. 2015;60(Suppl 3):S161-164.

Naemah Abrahams & Rachel Jewkes (2010) Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study [Barreras para completar la profilaxis posexposición (PEP) después de una violación: estudio cualitativo en Sur África], *Culture, Health & Sexuality*, 12:5, 471-484, DOI: 10.1080/13691050903556316

Schechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Moulton LH, Harrison LH. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV [Efectos de comportamiento, aceptación e incidencia del VIH entre hombres homosexuales con acceso a la quimioprofilaxis posexposición para el VIH]. *J Acquir Immune Defc Syndr*. 2004;35(5):519-25.