

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**ESTUDIO DE ACEPTABILIDAD DE PROFILAXIS PRE-
EXPOSICIÓN PARA EL VIH EN HOMBRES GAY Y OTROS
HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES: UNA
INDAGACIÓN EN LAMIS- 2018 CHILE**

CONSTANZA LUCIA ADRIAN PARRA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUÍA: DRA. VALERIA STUARDO ÁVILA.

Santiago, DICIEMBRE 2020

Índice

FACULTAD DE MEDICINA.....	1
<i>Estudio de aceptabilidad de Profilaxis Pre-Exposición para el VIH en hombres Gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: una indagación en LAMIS-2018 en Chile.</i>	4
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	7
1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	7
1.1 Situación del VIH en el mundo:.....	7
1.2 Situación del VIH en América Latina y Chile.....	10
2. Intervenciones Preventivas	11
2.1 Intervenciones Biomédicas:	12
2.2 Intervenciones conductuales e información, educación y comunicación.....	14
3. Profilaxis Pre-Exposición	15
3.1 Implementación de la Profilaxis Pre- exposición (PrEP).....	17
3.2 Implementación de la PrEP en Chile	20
4. Encuesta LAMIS 2018	22
5. Estudios de aceptabilidad de intervenciones de salud	23
5.1 Estudios de Aceptabilidad de la PrEP	25
5.3 Evidencia de Estudios Aceptabilidad para PrEP en HSH.....	26
<i>Pregunta de Investigación, Hipótesis.</i>	28
Hipótesis de investigación	28
OBJETIVOS.....	28
Objetivo general:.....	28
Objetivos específicos:	29
METODOLOGÍA.....	29
Diseño	29
Población y muestra.....	29
Instrumento de recogida de datos	31
Variables.....	32
Análisis Estadístico	40
Aspectos éticos.....	41
RESULTADOS	42
Características Sociodemográficas de hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos.....	42
Aceptabilidad de la PrEP	43
Características sociodemográficas según aceptabilidad para usar la PrEP	43
Características de comportamiento (sexual y otros) según aceptabilidad para usar la PrEP	45
Variables relacionadas a PrEP Y PEP en hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos	47



Factores Asociados a la aceptabilidad del uso de la PrEP en hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos	51
Limitaciones	53
Discusión	53
Conclusiones.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	70
Anexo 1_ Estructura de Encuesta LAMIS-2018.	70
Anexo 2_ Otras tablas de resultados.....	73
Anexo3_: Anexo N° 6 Ficha de tesis o actividad formativa equivalente para cada una de éstas, aprobadas en el programa durante los últimos 5 años.....	76

Estudio de aceptabilidad de Profilaxis Pre-Exposición para el VIH en hombres Gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: una indagación en LAMIS-2018 en Chile.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los diversos esfuerzos a nivel mundial en torno a la prevención del VIH, esta epidemia continúa siendo un gran desafío para la Salud Pública. Se estima que en el año 2018, 37.9 millones de personas se encontraban viviendo con VIH y se registraron aproximadamente 1.7 millones de nuevas infecciones en el mundo(1). Si bien algunas regiones del mundo lograron importantes disminuciones en la incidencia de VIH, hubo regiones que registraron preocupantes alzas(1). En América Latina, se ha registrado entre los años 2010 y 2018 un incremento del 7% de las nuevas infecciones anuales por VIH, donde el país de la región que experimentó el mayor incremento fue Chile con un 34% (1). Asimismo, en América Latina el 40% de las nuevas infecciones anuales por VIH corresponden a población de hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombre (HSH)(1), situación similar a otras regiones del mundo que han aumentado su incidencia de VIH. En Chile, recientemente se ha detectado una re-emergencia de la epidemia del VIH, concentrada principalmente en hombres jóvenes y particularmente HSH dado que el 56,7% de los casos de VIH en los últimos años declaran practicar relaciones sexuales con otros hombres(2). En efecto, un estudio reciente dirigido a población de HSH de la Región Metropolitana, estimó una prevalencia global de VIH de 17.6% alcanzando una prevalencia del 25,1% en el grupo etario de 25 a 34 años y 36,4% y entre los de 35 a 44 años (3).

No cabe duda de que a pesar de la implementación de diversas estrategias de prevención para el VIH alrededor del mundo estas no han sido suficientes para controlar la epidemia en poblaciones claves y particularmente HSH. Se ha visto que el aumento desproporcionado del VIH en estos grupos, podría relacionarse a que su susceptibilidad a inequidades en el acceso a la atención de salud y a diversas barreras estructurales y sociales(4,5).

No obstante, la Profilaxis Pre Exposición (PrEP) ha significado un gran avance en la prevención del VIH en población de HSH ya que ha demostrado una disminución del riesgo de contagio de VIH entre 44- 92%(6). Sin embargo, su adherencia y uso en conjunto con otras estrategias de prevención combinada resulta fundamental para su eficacia.

Diversos países como Estados Unidos Francia, Kenia, entre otros han implementado programas a nivel nacional para entregar los servicios de PrEP a grupos en riesgo sustancial de adquirir el VIH. En diversos países los programas de atención para la entrega de la PrEP son de base comunitaria, dado que involucran la participación del Personal de Salud, así como también las organizaciones de la sociedad civil en funciones de difusión, asesoramiento y monitoreo de los usuarios dada su cercanía con ciertas poblaciones claves. Un insumo interesante para el diseño de las estrategias de implementación de la PrEP han sido los estudios de aceptabilidad de potenciales usuarios de la PrEP, dado que permiten evaluar la disposición a usar la PrEP de los ciertos grupos, sus preferencias, entre otros aspectos. Del mismo modo, estos estudios resultan útiles para evaluar la adherencia a la PrEP cuando esta ya se encuentra disponible y valorar ciertas barreras que dificultan su éxito en ciertos grupos.

En Chile, previo a cualquier iniciativa de implementar la PrEP como estrategia de Prevención para el VIH, se realizó La Encuesta Latinoamericana por Internet para hombres que tienen sexo con Hombres año 2018 (LAMIS 2018), insumo que permite indagar en diversos aspectos entre ellos el uso de PrEP y su aceptabilidad. Meses posteriores a la aplicación de dicha Encuesta, se implementó el programa de PrEP en la Red Pública de Salud, particularmente en el nivel secundario de atención de 9 hospitales del país. Esta estrategia se encuentra dirigida principalmente a personas HSH, personas transgénero, trabajadoras y trabajadores sexuales y otras personas que presentan conductas de alto riesgo para contraer el VIH. Si bien, la implementación de la PrEP resulta un gran avance en materias de prevención, el programa presenta diversas barreras de acceso y no tiene un enfoque de base comunitaria, a diferencia de otros países precursores en la implementación de PrEP.

Es por tanto, que en Chile al evidenciarse una re emergencia de la epidemia del VIH concentrada en la población de HSH, resulta necesario acudir a estrategias de prevención efectivas como la PrEP. Indagar en los resultados de la encuesta LAMIS-2018 brindará

información relevante en torno al uso de la PrEP y la disposición a usarla de este grupo afectado por la epidemia del VIH. Información que resulta relevante de conocer para caracterizar a los potenciales usuarios de PrEP y generar evidencia para promover y facilitar el acceso al programa entre los hombres gay y otros HSH, entre otros aspectos vinculados al éxito de dicha estrategia.

MARCO TEÓRICO

1. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus compuesto por RNA (Ácido Ribonucleico), y mediante la enzima transcriptasa reversa permite crear DNA del RNA viral, el cual se integra al genoma de la célula huésped. El VIH pertenece a la familia de los lentivirus, existiendo el tipo I y II, siendo el VIH-1 el que se encuentra diseminado en todo el mundo y es el responsable de la mayor parte de los casos de infección por VIH(7)

El principal receptor del virus en las células del huésped es la molécula CD4, que se encuentra principalmente en los linfocitos T CD4, en monocitos y macrófagos; por lo que su patogenia consiste a modo general en la subsecuente pérdida de la competencia del sistema inmune, lo que impide el normal funcionamiento de la inmunidad frente a infecciones y otras patologías (7,8). La fase más avanzada de la infección por el VIH es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA que, en función de la persona, puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse (8).

El VIH/SIDA surgió por primera vez a principios de la década de 1980 entre las poblaciones de hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en Europa occidental, América del Norte y Australia. En consecuencia, se iniciaron las respuesta para controlar la epidemia, pero el surgimiento en el grupo de HSH ha tenido un impacto duradero con estigma asociado con el VIH / SIDA(9).

A pesar de que a los largo de los años en diversas regiones se ha evidenciado una disminución en la prevalencia de VIH en la población general, esto no ha ocurrido con los HSH, grupo que continúa teniendo una carga desproporcionadamente alta de infección por VIH en países de bajos, medianos y altos ingresos (4).

1.1 Situación del VIH en el mundo:

El VIH/sida sigue siendo uno de los problemas de salud pública más graves del mundo, y con el objetivo de termina con la epidemia de VIH a nivel mundial para el año 2030, ONUSIDA estableció una meta denominada “90-90-90” que persigue controlar la epidemia mediante el compromiso de los países a aumentar al 90% la proporción de personas con

VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida.

A pesar de los múltiples esfuerzos, la pandemia del VIH no está en camino de terminar. ONUSIDA estimó que en el año 2018 alrededor de 37.9 millones de personas se encontraban viviendo con VIH, de las cuales aproximadamente 18.8 millón eran mujeres mayores de 15 años y 1,7 millones niños(1).

Según el informe UNAID DATA 2019 (1), se estima que a nivel mundial, se ha logrado una reducción importante del número anual de muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA. En el año 2004 se estimaron 1,7 millones de muertes a nivel mundial, las que para el año 2018 se redujeron a 770,000. Esta disminución, se debe en gran parte a la región de África Oriental y meridional donde se logró una reducción del 44% la mortalidad entre los años 2010 y 2018.

Asimismo, dicho informe sostiene que el número anual de nuevas infecciones por VIH a nivel mundial alcanzó cifras de 1.7 millones en el año 2018, lo que indica que persiste la disminución gradual en el número de nuevas infecciones. Cabe destacar, que, en el año 1997, se documentó la cifra más alta de nuevas infecciones a nivel mundial, la que bordeó los 2,9 millones de nuevas infecciones. No obstante, entre los años 2010 y 2018 se ha logrado una reducción del 16%, lo que se debe a una gran reducción de nuevas infecciones en las regiones de África oriental y meridional (disminución del 28%) y el Caribe (disminución del 16%), entre otras regiones(1).

A pesar de los avances en algunas regiones, se ha visto que no todas presentan la misma tendencia de disminuir las cifras de nuevas infecciones, sino que algunas han presentado preocupantes alzas, como ocurre con Europa oriental y Asia central donde se registró un aumento del 29% (considerando que la Federación Rusa concentró el 48% de las nuevas infecciones de esta región), Medio Oriente y el Norte de África con un aumento del un 10% y América Latina en la cual se estimó un aumento de un 7% (1).

No cabe duda que las herramientas y estrategias existentes para combatir el VIH han sido insuficientes, y aunque se pueden lograr ciertos avances en materias de prevención, es probable que la pandemia del VIH continúe siendo un desafío global(5).

Resulta relevante destacar que más de la mitad de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial se concentran en población clave y sus parejas sexuales(1). Las poblaciones clave corresponde a aquellos grupos que debido a su comportamientos específicos de mayor riesgo, tienen un mayor riesgo de adquirir VIH independientemente del tipo de epidemia o contexto local y entre ellos se encuentran los gais y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), los trabajadores sexuales, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y las personas en prisión o bajo reclusión de otro tipo (10).

El informe UNAIDS DATA 2019, también señaló que en el años 2018 se estimó que en población de 15 a 49 años la distribución global de nuevas infecciones correspondían en un 18% a clientes de trabajadoras o trabajadores sexuales y parejas sexuales de otras poblaciones clave, 17% a hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 12% a personas que se inyectan drogas, 6% a trabajadores/as sexuales y un 1% a mujeres transgénero(1).

En aquellas regiones del mundo que presentan alzas en el número de nuevas infecciones por VIH entre los años 2010 y 2018, se ha determinado que se debe a población de hombres gais y otros HSH, como ocurre con Europa occidental y central y América del Norte que representan aproximadamente el 51% de las nuevas infecciones y América Latina con un 40% aproximadamente(1).

Según la literatura, existen ciertos comportamientos que se encuentran asociados a un alto riesgo de contraer VIH, entre ellos se encuentran principalmente las relaciones sexuales sin protección y se ha estimado que la probabilidad de adquirir VIH por tener relaciones sexuales anales receptivas sin preservativo es dos veces más alta que por compartir agujas durante el uso de drogas inyectables e incluso mucho más probable que por relaciones sexuales vaginales del tipo receptivas(5,11). Para el grupo de HSH además del coito anal receptivo sin protección, también han sido documentadas; la alta frecuencia de parejas masculinas, el uso de drogas inyectables y no inyectables, la alta carga viral en la pareja índice, entre otros(12).

No obstante, el aumento desproporcionado del VIH en la población de HSH, no se debe exclusivamente a factores conductuales o biológicos(13), sino que también influyen factores como la criminalización y estigmatización de las poblaciones claves, en especial

HSH, dado que aumenta la susceptibilidad al VIH y reduce el acceso a servicios esenciales de prevención y tratamiento(5) y en consecuencia obstaculiza el control de la epidemia del VIH en estas poblaciones. Por lo tanto, para controlar la epidemia global del VIH en HSH resulta indispensable trabajar en remover barreras estructurales, como políticas discriminatorias e inequidades en el acceso a la salud y trabajar en conjunto con las comunidades y la sociedad civil(4).

Según la experiencia y los avances en torno a la prevención de VIH, se sostiene que estrategias integrales que faciliten el acceso a la atención de salud y el tratamiento precoz para las personas que viven con el VIH, los programas integrados de ITS/VIH y el acceso a la profilaxis Pre exposición (PrEP) pueden reducir ampliamente la transmisión del VIH en la población de HSH (4).

1.2 Situación del VIH en América Latina y Chile

El informe UNAID DATA 2019 (1), indica que en América Latina durante el periodo 2010 - 2018 el número anual de muertes relacionadas con el SIDA disminuyó aproximadamente en un 14%. Sin embargo, como se mencionó anteriormente el número de personas que contrajeron VIH en este periodo, desafortunadamente no presentó la misma tendencia a disminuir, pues se estimó un aumento del 7% entre el 2010 y 2018, alcanzando aproximadamente 100.000 nuevas infecciones el año 2018.

No obstante, en aquel periodo no todos los países presentaron alzas en la incidencia de VIH dado que algunos países, tras grandes esfuerzos lograron importantes disminuciones como ocurrió en El Salvador, Nicaragua y Colombia donde disminuyeron en un 48%, 29% y 22%, respectivamente(1). Por otro lado, los países que presentaron los principales incrementos en la incidencia de VIH durante los últimos años, fueron en primer lugar Chile con un aumento del 34%, seguido del Estado Plurinacional de Bolivia (22%), Brasil y Costa Rica (ambos con 21%)(1).

En Chile durante el año 2018 se registró una prevalencia VIH/SIDA de 0,5% en población general (15 a 49 años de edad) (1), y se ha evidenciado una situación preocupante en cuanto al incremento de los nuevos casos diagnosticados de VIH. En efecto, se ha estimado

desde el años 2010 un alza de del 34% de los nuevos casos de VIH (1), representando el mayor incremento entre los países de América latina. Asimismo, se ha determinado que la mayor alza se produjo entre los años 2017 y 2018 y correspondió a un 18% (14).

Según datos del departamento de epidemiología del Ministerio de Salud, en el año 2018 la tasa de notificación de VIH a nivel territorial, indicaron que las mayores tasas de notificación se concentraron en el norte y centro del país. La región de Arica y Parinacota presentó las tasas más altas del país (61,3 por cien mil habs.) seguido por la región de Metropolitana con una tasa de 52,3 por cien mil habs., le sigue la región Tarapacá y Antofagasta(2).

Asimismo, respecto a las notificaciones de casos de VIH a nivel nacional en el año 2018 correspondían principalmente al grupo adultos de 20 a 39 años y mayormente a hombres, con una relación de 4,6 hombres por mujer(2). La vía de transmisión más común es la sexual, representando un 99% de los nuevos casos, siendo la relación sexual con otros hombres la práctica de riesgo más declarada, concentrando el 56,7% de los casos notificados(2).

Un estudio dirigido a población de HSH en la Región Metropolitana (3), estimó una prevalencia global de VIH de 17.6% y al estimar prevalencias según grupo etario se estimó que prevalencia entre los hombres de 25 a 34 años fue de 25,1%, y entre el grupo de 35 a 44 años de 36,4%, cifras que resultan alarmantes. Los atributos que determinaron mayor prevalencia de VIH, fueron pertenecer a los grupos socioeconómicos medio y medio bajo, y ser chileno versus los nacidos en el extranjero(3).

Dado la información disponible, no cabe duda que existe fuerte evidencia de un resurgimiento del VIH en Chile, y que la epidemia se concentra principalmente en la población joven de HSH, fenómeno similar a las regiones europeas donde el alza de los nuevos casos se debe principalmente a población joven de HSH.

2. Intervenciones Preventivas

Existen diversas intervenciones destinadas a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS, sin embargo, ninguna intervención es capaz de frenarla por sí sola. Por consiguiente, la prevención combinada comprende diversas estrategias basadas en la evidencia y derechos humanos que combinan intervenciones biomédicas, estructurales y conductuales destinadas a satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de determinadas personas y comunidades de modo que tengan el mayor impacto posible en la reducción de las nuevas infecciones(15,16) por lo que deben ser adaptadas y priorizadas para cada población específica (17).

En el caso de la población de HSH la implementación de estrategias de prevención efectivas para el VIH, resulta relevante considerar los factores asociados a la transmisión del virus, así como también las barreras culturales y políticas a las que se ven enfrentado este grupo en las diferentes regiones del mundo, entre otros aspectos.

A continuación, se presentan brevemente estrategias de prevención de la transmisión del VIH dirigidas a HSH cuyos resultados han sido evaluados en dicha población. Para presentarlas se han dividido en; 2.1) Intervenciones biomédicas y 2.2) Otras intervenciones, como las conductuales, educativas e informativas las que sólo serán mencionadas al estar más distantes del tipo de intervenciones vinculadas al foco de este estudio. Posteriormente, se abordará en profundidad la estrategia biomédica de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP).

2.1 Intervenciones Biomédicas:

Uso sistemático de condones y lubricantes: El uso consistente y correcto de los condones masculinos es una intervención altamente recomendada para la prevención de la transmisión del VIH en HSH (18,19) dado que actúa como una barrera para evitar el contacto entre el semen y la mucosa rectal, así como entre el líquido rectal y la mucosa del pene, evitando la transmisión del VIH. Se estima que puede llegar a reducir hasta en un 94% la transmisión sexual del VIH y otras ITS tanto en el sexo vaginal como en el anal (10).

Asimismo, uso de lubricantes compatible (a base de agua o silicona) se considera una intervención recomendada para la población de HSH al disminuir el riesgo de rotura de los condones de látex como también la cantidad de micro roturas en el recto de la pareja receptiva(10,18,19).

Testeo voluntario y consejería de VIH: El testeo de VIH permite conocer el diagnóstico de los individuos y resulta una herramienta crucial para acceder a la terapia antiretroviral. Asimismo, se cree que el desconocimiento del estado de VIH cumple un rol fundamental en la transmisión del virus entre la población de HSH, ya que durante la fase aguda ocurre gran parte de la transmisión (20). Estas intervenciones son recomendadas por diversos autores para prevenir la transmisión del VIH en población de HSH, dado que además de acceder a la terapia antiretroviral, también se ha observado que las conductas sexuales que conllevan a mayor riesgo disminuyen después de ser diagnosticados con VIH, al reducir el número de parejas sexuales y mostrar una reducción del 25 a 65% de las relaciones sexuales anales sin protección (18,19). Por lo tanto, se recomienda que las pruebas de VIH sean fácilmente accesibles y libres de discriminación para los HSH.

Circuncisión masculina Voluntaria (CMMV): La evidencia es mixta para los HSH. Por un lado, la OMS no recomienda la CMMV en los HSH al referir que no hay evidencia de su efecto protector durante el coito anal receptivo (21,22). Otros proponen que sí es una intervención efectiva en aquellos HSH que son sólo o mayormente insertionales durante el coito anal (19), mientras que otros proponen que podría ser una intervención protectora para este grupo de HSH, pero sostienen que faltan estudios controlados de alta calidad que demuestren su efectividad (23). No obstante, se ha demostrado que aunque la reducción del riesgo es mayor en hombres heterosexuales con una reducción del riesgo del 72% en comparación con los hombres homosexuales con una disminución del 20%, se apoya que existe asociación en la reducción del riesgo de ambos (24) y más aun en los países bajos y medianos ingresos (25).

Prevención relacionada con Antiretrovirales (ARV), Cobertura universal del tratamiento antirretroviral y tratamiento como prevención: Los ARV desempeñan un rol fundamental en la prevención del VIH, dado que además de actuar como un **tratamiento** que permite disminuir o suprimir la carga viral en personas que viven con VIH, también pueden ser administrados como **Profilaxis Pre y Post exposición** en personas sin infección por el VIH (26).

La carga viral de los individuos representa el mayor determinante del riesgo de transmisión del VIH. En efecto, el inicio temprano de la terapia antiretroviral (TARV) cumple un

importante rol preventivo al reducir el riesgo de transmisión del VIH(10). Pautas de recomendación indican que la TARV debe iniciarse en todas las personas de población clave que viven VIH, independientemente de la etapa clínica o del recuento de CD4 en combinación con otras intervenciones biomédicas que reducen el riesgo y/o la probabilidad de transmisión del VIH(27).

La evidencia, recomienda fuertemente la implementación de cobertura universal y temprana de la TARV para población de HSH (18,19), dado que se ha demostrado una reducción relativa a un 93% en el número de casos de transmisión de VIH-1 como resultado del inicio temprano de TARV, en comparación con la terapia tardía (28). No obstante, su efectividad depende de programas integrales de testeo de VIH entre HSH, la vinculación efectiva, adherencia a tratamiento(19).

Por otro lado, La profilaxis posterior a la exposición (PEP) es actualmente la única intervención que permite reducir el riesgo de infección por VIH en unos individuos que ha estado expuesto al VIH. Las recomendaciones indican que después de una posible exposición, se debe iniciar la administración de ARV lo antes posible y preferentemente dentro un plazo de 72 horas desde la exposición, continuando su uso por 28 días(10).

Respecto a su recomendación en población de HSH, hallazgos de una Revisión Sistemática categorizan a la PEP como una intervención recomendable pero con poca evidencia disponible dado que los datos de implementación informan una baja demanda de PEP en algunos entornos europeos, lo que podría limitar su impacto en la salud pública(19).

2.2 Intervenciones conductuales e información, educación y comunicación

Las principales intervenciones conductuales recomendadas son:

- Intervenciones conductuales a nivel de la comunidad para la prevención de la infección por el VIH.
- Intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención de la infección por el VIH.
- Consejería individual para hombres que tienen sexo con hombres.
- La consejería individual para HSH que viven con VIH.

3. Profilaxis Pre-Exposición

La Profilaxis oral previa a exposición (PrEP) es el uso de medicamentos antiretrovirales (ARV) por personas no portadoras de VIH para bloquear su adquisición antes de la exposición (27), estos ARV en general se componen de Tenofovir (TDF) en dosis de 300 mg (monoterapia) o combinación de Tenofovir 300 mg/Emtricitabina 200 mg (TDF/FTC), la última combinación es la más utilizada y recomendada para para HSH, mujeres transgénero y hombres y mujeres heterosexuales(29). La PrEP compuesta TDF/FTC fue por aprobada por la FDA en el año 2012.

En el año 2014 la OMS desarrolló sus primeras “Directrices Consolidadas” sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH para poblaciones clave o en riesgo sustancial de contraer el VIH, en las que incluyeron a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que se inyectan drogas, trabajadoras/es sexuales, personas transgénero y personas privadas de libertad (21). En dichas directrices, la PrEP fue altamente recomendada para población de HSH.

Posteriormente, en el año 2015 las recomendaciones incluyeron la entrega de la PrEP como alternativa adicional a las personas con riesgo significativo de contraer el VIH y debe siempre aplicarse en el marco de la prevención combinada (27). Asimismo, durante el 2015 Francia implementó la PrEP en el sistema Público de salud y en el año 2016 la Agencia Europea de Medicamentos autorizó el uso de la PrEP en países de la Unión Europea (30).

Mediante diversos estudios clínicos, se ha logrado determinar que la PrEP resulta ser una estrategia efectiva, segura y bien tolerada por los usuarios (27) y que la eficacia global de la PrEP en la reducción del riesgo de transmisión de VIH en combinación con otra estrategias de prevención como la educación sexual y programas de entrega gratuita de preservativos oscila entre un 6-92%, correlacionándose fuertemente con el grado de adherencia (6,31).

No obstante, si bien su efectividad en general es alta, se han evidenciado diferencias entre grupos de población clave. Algunos estudios han demostrado una mayor disminución del riesgo de contagio de VIH para las personas que mantienen relaciones sexuales anales como los HSH (44-92%), mientras que para las personas que mantienen relaciones sexuales vaginales se ha reportado una menor disminución del riesgo (6-75%)(6). Esta diferencia

podría explicarse por la detección de diferencias en la penetración de medicamentos antiretrovirales (ART) en diferentes tejidos de la mucosas, como ocurre con el Tenofovir (TDF) que alcanza una mayor concentración y vida media en la mucosa rectal que en la vaginal (32). Dado lo anterior, la adherencia a la PrEP resulta particularmente relevante en mujeres para lograr altos niveles de eficacia (31).

La PrEP tiene dos modalidades de uso; una de ellas es el uso diario de la PrEP durante los periodos de riesgo significativo de contraer la infección por VIH, y puede interrumpirse durante periodos de bajo riesgo o sin riesgo, considerando que los periodos de riesgo varían según las características y necesidades de cada usuario(29). Existe una segunda modalidad denominada PrEP pericoital, dosis a demanda o “2-1-1”, la que puede considerarse una alternativa para HSH con exposiciones sexuales poco frecuentes. En esta última modalidad, si las relaciones sexuales se planifican en el contexto del régimen de PrEP 2-1-1, la primera dosis (doble) de TDF/emtricitabina debe tomarse entre 24 a 2 hrs antes de la relación sexual, una dosis 24 hrs después de la primera dosis y otra dosis 24 horas posterior(33).

La recomendaciones de administración según la OMS(34) (En Tabla 1), son las siguientes:

Tabla 1 Recomendaciones para el uso de la PrEP

Indicación	Contraindicación
<ul style="list-style-type: none"> • Resultado VIH - • Ausencia de sospecha de infección aguda por el VIH • Riesgo significativo de contraer la infección por el VIH • Ausencia de contraindicaciones para recibir los medicamentos de la PrEP • Voluntad de usar la PrEP tal como se prescribe, lo que incluye la realización periódica de pruebas de detección de la infección por el VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por el VIH; • Signos o síntomas de infección aguda por el VIH, probable exposición reciente al VIH; • Aclaramiento de creatinina calculado <60 ml/min (si se conoce este dato); • Alergia o contraindicación a cualquier medicamento del esquema de la PrEP.

Los efectos secundarios son poco frecuentes (<10%), pero se ha documentado que al iniciar el uso de la PrEP puede haber presencia de náuseas, cólicos abdominales y cefalea; por lo general son leves y se resuelven en el primer mes de administración, así como también la pérdida de densidad ósea y elevación de la creatinina(34).

La PrEP no previene la mayoría de la ITS, se recomienda el uso de preservativo en todas las relaciones sexuales para proporcionar protección frente a estas mismas(29). Dado lo anterior, las diversas Guías de administración de la PrEP, incluyen realizar en la primera consulta y durante el seguimiento, testeo de VIH para descartar infección y tamizaje de otras ITS con el objetivo de diagnosticar y tratar en caso de que presentarse(34,35).

Asimismo, se recomienda la realización de otros exámenes de laboratorio como creatinina sérica para descartar enfermedades renales preexistentes e ir monitoreando su función dado que a aproximadamente 1 de cada 200 usuarios de la PrEP presentan una elevación de la creatinina sérica durante la PrEP(34,35).

La PrEP ha resultado ser una estrategia controversial desde su implementación. Si bien, es considerada una estrategia prometedora para frenar la epidemia de VIH en poblaciones claves y particularmente HSH, existen corrientes científicas que promueven a no implementar la PrEP dado que ha surgido evidencia que indica un potencial cambio conducta sexual, incurriendo en conductas de mayor riesgo al comenzar a usar la PrEP(36). Por otro lado, los actores que promueven la amplia implementación de la PrEP apelan a que la PrEP presenta atributos biomédicos preventivos respecto al VIH, pero también presenta otros bondades al abarcar dimensiones que otras estrategias biomédicas no contemplan, como por ejemplo el placer sexual (37). La literatura indica que los usuarios de PrEP reconocen como una fortaleza de la PrEP el hecho de tener la posibilidad combinar la reducción del riesgo sin dejar de lado el placer sexual y la intimidad(38,39), y que las posturas restrictivas en cuanto al uso de la PrEP fortaleces el estigma y barreras de acceso en torno a la PrEP(38).

3.1 Implementación de la Profilaxis Pre- exposición (PrEP)

La PrEP ha sido considerada como uno de los avances científicos más importantes para combatir la epidemia del VIH en población de HSH(4). Numerosos estudios clínicos dirigidos a población de HSH como PROUD, IPERGAY, IPREX, entre otros, han mostrado su gran eficacia y han suministrado evidencia favorable para su implementación en cada vez más países. Actualmente, se encuentra disponible en diversos países de los cuales Estados

Unidos, Kenia, Sudáfrica, Francia y Australia cuentan con un mayor número de usuarios de PrEP. En Tabla 2, algunos datos sobre la implementación de programas de PrEP en algunos países.

Tabla 2: Algunos países y sus características sobre implementación de programas para el uso de PrEP

Implementación	Estado del Registro de los Fármacos	Países	
Disponible a nivel Nacional	Registro de ®Truvada y genéricos	Francia	Bélgica
		Kenia	España
		Inglaterra	Sudáfrica*
		Canadá	Australia**
		Tailandia	Nueva Zelanda
		Estados Unidos	Zimbabue
	Sólo registro de ®Truvada	Brasil	
	Sólo registro de genéricos	Uganda	
Proyecto de implementación	Registro de ®Truvada	México	Perú

Tabla elaborada con datos de Prepwatch.org

*Disponible en establecimientos de salud, pero en proceso de implementación.

**Disponible a nivel nacional en establecimientos de salud, pero no reembolsable en su totalidad.

Según la experiencia de implementación de la PrEP como intervención para prevenir el VIH en poblaciones clave, en particular HSH, resulta relevante considerar que las barreras para el acceso a la PrEP se relacionan importantemente con la estigmatización y/o incluso la criminalización de estos grupos, tal como ocurre con el acceso deficiente de tratamiento ARV en hombres que viven con VIH(4,40). Recomendaciones en torno a su implementación sugieren abordar barreras estructurales, involucrar ampliamente a las comunidades, mejora de la formación de proveedores, promover el conocimiento de la PrEP, desarrollar estrategias para apoyar la adherencia y estimular la demanda(41).

Recientemente, han surgido nuevas recomendaciones para el éxito de la implementación de la PrEP incorporando un cambio de paradigma respecto a la manera en la cual se presenta esta estrategia a la comunidad. En primer lugar, resulta relevante no enfocarse en el riesgo individual de los potenciales usuario, sino que abordar la PrEP como estrategia de

prevención adicional y la oportunidad de disfrutar la máxima salud y bienestar sexual (39,42). Por otro lado, ampliar los criterios de inclusión la PrEP que sólo se orientan a grupos de población clave que ya se encuentran altamente estigmatizado, y adoptar el criterio de acceso universal a la PrEP, lo que significa que todas las personas deben saber sobre la PrEP y poder acceder a ella si corresponde. La elección informada de PrEP también se ajusta a un enfoque de salud sexual basado en los derechos(42).

Del mismo modo, es importante tener en cuenta que muchas personas que presentan conductas de alto riesgo para adquirir el VIH, no acceden a la atención clínica regularmente y en ellos las organizaciones comunitarias cumplen un rol crucial en la educación y prevención del VIH y otras ITS(43). Las organizaciones comunitarias también proporcionan un lugar más aceptable para personas que no se consideran “pacientes” como los HSH jóvenes, por lo que en muchos casos los Centros de Salud no resultan ser el lugar óptimo para proporcionar la PrEP(44). Por lo tanto, resulta importante implementar programas integrales en los cuales se considere el trabajo conjunto de los proveedores clínicos y no clínicos, donde los clínicos desarrollen tareas de prescripción de la PrEP, monitoreo y atención. Y los proveedores no clínicos se encarguen de servicios de prevención del VIH (organizaciones comunitarias) y facilitar el acceso de la población a los programas(43).

Ejemplos particulares en cuanto a su trayectoria en la implementación de la PrEP es Estados Unidos, donde la PrEP se encuentra disponible en diversos centros y/o sistemas de entrega para facilitar el acceso a los potenciales usuarios, incluidos los sitios de testeo de VIH/ITS de la comunidad, Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), Clínicas de VIH, ITS y para la comunidad LGBT y Atención Primaria(45). En San Francisco, se ha demostrado que la PrEP puede administrarse con éxito en una amplia gama sistemas de entrega y entornos clínicos, incluida la Atención Primaria(45). No obstante, se evidencia que muchas veces en los entornos clínicos como la Atención Primaria los usuarios de PrEP son autoreferido, por lo que para lograr penetración de la PrEP en la población, resulta fundamental capacitar a organizaciones comunitarias para brindar servicios de asesoramiento y adherencia, y al personal de salud para aumentar la disponibilidad de proveedores, entre otra medidas(45). Del mismo modo en Nueva York, la implementación de la PrEP desde el año 2014 ha dejado en evidencia su éxito, tras alcanzar la tasa más altas de prescripción del país y una

disminución histórica en los casos nuevos de VIH en población de HSH en el año 2016(46). La evaluación y monitoreo de su implementación, dejó en evidencia disparidades en cuanto al conocimiento, acceso y uso de la PrEP en ciertas poblaciones prioritarias de zonas con alta carga de VIH (como mujeres latinas o de raza negra). En consecuencia, se han impulsado mejoras en la implementación de la PrEP a través del refinamiento del enfoque geográfico mediante visitas de proveedores en áreas geográficas donde la PrEP se prescribe a tasas más bajas, y el trabajo en Clínicas de Salud Sexual de personas que podrían beneficiarse de la PrEP y de esta manera acercar los servicios a la población en enfrenta barreras que limitan su acceso a PrEP(46).

Algunos países, han diseñado sus programas de implementación de la PrEP con un modelo de base comunitaria, entre ellos se encuentran Francia, Kenia. En el caso de Francia, las organizaciones comunitarias son consideradas un apoyo para los proveedores de PrEP por su vinculación con los potenciales usuarios. Las ONG se encargan de coordinar las primeras consultas para obtener la PrEP en Hospitales especializado en el tratamiento del VIH o en un Centro de información gratuita, detección y diagnóstico, conocido como CEGIDD. Para efectos del monitoreo (control y seguimiento) de la PrEP los usuarios pueden acudir a los médicos de atención primaria, Hospital especializado o CEGIDD(47). En Kenia, el modelo de prestación de servicios de PrEP incorpora a la Organizaciones Comunitaria, los voluntarios en salud comunitaria y Centros de prevención dentro de las etapas de identificación de potenciales usuarios así como en el monitoreo y seguimiento dado que cumplen un rol fundamental en la vinculación del los usuarios con los puntos de entrega de la PrEP(48).

3.2 Implementación de la PrEP en Chile

En Chile, recién en agosto del año 2019 se implementó la PrEP como estrategia de prevención para VIH, la que se dirige principalmente a:

- Beneficiarios de FONASA o PRAIS con estatus seronegativo.
- Mayores de 18 años.
- Perteneciente al grupo de HSH, personas transgénero, trabajadoras y trabajadores sexuales y otras personas que presentan conductas que conllevan a mayor riesgo de contraer el VIH.

Según la versión preliminar del “Protocolo Clínico 2019 de Profilaxis medicamentosa PrEP a la infección por VIH “ emitido por el Ministerio de Salud, el programa de PrEP se desarrolla en la Red de Salud Pública y particularmente en el nivel secundario de atención de salud, es decir, en centros de atención para personas que viven con el VIH y/o Unidades de atención de ITS (UNACCESS) de 9 hospitales, divididos en macro zonas: Zona Norte: Hospital de Antofagasta; Zona Central: Padre Hurtado, El Carmen de Maipú, Barros Luco, San José, San Juan de Dios; Hospital Luis Tisné ; Zona Sur: Hospitales de Temuco y Puerto Montt.

Los actores involucrados en la difusión de este programa incluyen los Centro de la Red Asistencial de Salud y Organizaciones de la Sociedad Civil. Una vez que las personas asisten a los establecimientos que cuentan con el programa de PrEP, en una evaluación inicial, personal no médico (matrona o enfermera) evalúa el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, realiza tamizaje para VIH y otra ITS, entre otros exámenes de laboratorio y abordajes. Posteriormente, en una segunda consulta (realizada aproximadamente 10 días después de la evaluación inicial) las personas reciben atención médica siendo el médico quien resuelve el ingreso al programa, realiza pesquisa, diagnóstico y tratamiento de ITS, se indica vacunación para ITS y es cuando se prescribe la PrEP, entre otras acciones. El ARV prescrito consiste en la combinación de TDF/FTC y se recomienda en dos modalidades, la modalidad de dosis diaria o “a demanda”, esta última solo recomendada para personas que practican sexo anal. Inicialmente se prescribe dosis para 30 días para realizar el primer control al mes, y posteriormente continuar con controles y seguimiento cada 90 días. Cabe señalar, el protocolo clínico establece que las personas que ingresan al programa de PrEP, además de recibir ARV de administración oral, también reciben otros componentes de la prevención combinada como preservativos, lubricantes, vacunas para prevención de ITS y material educativo.

Si bien, la implementación de la PrEP en Chile representa un gran avance en términos de estrategias de prevención para VIH, dada su implementación en el nivel secundario de la red de salud y la forma en la que está diseñado el ingreso al programa, podría significar la existencia de importantes barreras de acceso para la población objetivo. Cabe mencionar que se ha visto que las personas con riesgo significativo de contraer el VIH enfrentan diversas inequidades para acceder a la atención de salud(4,5) y por otro lado en América latina y Chile tienen la particularidad de contar con un Sistema de Salud fragmentado donde prevalece una estructura jerárquica en cuanto a los niveles de complejidad de la atención y

según la experiencia se ha planteado que conduce a dificultades en el acceso a los servicios, descoordinación entre los distintos niveles de atención, prestación de servicios de baja calidad técnica, baja satisfacción del usuario con los servicios recibidos, entre otros aspectos(49). Asimismo, la estrategia de PrEP en Chile se implementó sólo en 9 hospitales, de los cuales ninguno pertenece a las regiones que según estadísticas del año 2017 presentaron mayores tasas de notificación por VIH como Arica y Tarapacá.

4. Encuesta LAMIS 2018

La Encuesta Latinoamericana por Internet para hombres que tienen sexo con Hombres año 2018 (LAMIS 2018) es una iniciativa ejecutada por la Red Ibero-Americana de estudios en HSH y mujeres transexuales (RIGHT PLUS) en la que participaron 18 países de Latinoamérica. LAMIS 2018, corresponde a la versión latinoamericana de la encuesta EMIS 2017 (European MSM Internet Survey) y es un estudio comunitario de gran participación multisectorial dirigida a indagar sobre la salud psico-socio-sexual de hombres gays, bisexuales y otros HSH la región. Esta iniciativa, permite proporcionar información para promover la implementación de políticas públicas y de salud destinada a atender las necesidades de los HSH que hasta la fecha, por múltiples factores no han sido consideradas en muchos países de la región.

Para la adaptación de la encuesta EMIS2017, se realizó una revisión de la encuesta en 3 idiomas (español, portugués y holandés) por el Grupo Técnico Internacional-LAMIS. Se realizaron cambios estructurales respecto a cada país y división político-administrativa, edad del consentimiento (mayores de 18 años), se incluyó el año 2018 sobre la fecha del diagnóstico del VIH y se cambió la pregunta sobre el nivel educativo. Además, se eliminaron preguntas sobre pertenecer a una mayoría étnica y preguntas sobre ser un trabajador de salud comunitario, se eliminó la elección aleatoria para las escalas de homofobia internalizada y soporte social, se reformularon las preguntas sobre la práctica de ChemSex.

Para la validación se adecuó el lenguaje, se revisó la encuesta LAMIS2018 por los socios colaboradores y se obtuvo una versión preliminar. En cada país, se solicitó realizar una prueba piloto con al menos 5 participantes y se recolectaron comentarios de los participantes sobre claridad y/o entendimiento de las preguntas que fueron considerados en la versión final.

La encuesta se compone de 226 preguntas que abordan diversas temáticas como comportamiento sexual, prevención del VIH y otras ITS, consumo de drogas, salud psicosocial, uso de los servicios de salud, entre otras.

La promoción y reclutamiento se realizó desde el 23 de enero hasta el 13 de mayo de 2018, a través de Internet, con inserción de banners en sitios web, App telefónicas para encuentros (Grindr, PlanetRomeo, Hornet, ManHunt y Jack'd) y en redes sociales (Facebook, Instagram, Twiter, Blogspot y WhatsApp). También se contó con difusión mediante Organizaciones Comunitarias, notas de prensa, invitaciones vía correo electrónico, entre otras.

La encuesta LAMIS en Chile, fue dirigida a hombres homo-bisexuales u otros HSH, mayores de 18 años y residentes en Chile. Se realizó un muestreo no probabilístico, tomando como referencia la estimación del número de HSH del año 2017 de 181.191. Se consideró una proporción de reclutamiento de 5/10.000, estableciéndose un meta de 3.000.

El número total de participante alcanzó 4.945 personas en Chile, por lo que el cumplimiento de meta según cálculo muestra fue del 165% y representó un 7,61% de la muestra total de estudio (en América Latina).

Una de las temáticas a indagar en la encuesta LAMIS 2018 en Chile, fue el uso de la Profilaxis Pre- Exposición para prevención del VIH particularmente respecto a al conocimiento, conciencia, intentos por conseguir PrEP, difusión en centro de salud y aceptabilidad a usar la PrEP, aspectos que se buscan describir y analizar en este trabajo.

LAMIS representa un primer acercamiento para conocer la relación de la población HSH y otros en torno al uso de la PrEP en Chile, en un momento en el cual no se contaba con estrategias de prevención que consideraran el uso de la PrEP. Dado que recientemente comenzó la implementación de la estrategia de entrega de PrEP (agosto de 2019) y la PrEP se encuentra disponible en algunos centros hospitales de sector público de salud, es importante evaluar la aceptabilidad y conocer percepción y experiencia de la población de HSH en torno al uso o potencial uso de la PrEP.

5. Estudios de aceptabilidad de intervenciones de salud

Para lograr la efectividad de una política o intervención de salud pública, existen diversas recomendaciones ligadas al ciclo de las políticas públicas. Sin embargo, para lograr

modificar un comportamiento de la población, los niveles de aceptabilidad tanto de la población objetivo como de los proveedores (personal de salud y/o instituciones que entregan la intervención) pueden afectar críticamente la efectividad de una determinada intervención. Consecuentemente, a la hora de diseñar, implementar y evaluar políticas o intervenciones de salud resulta fundamental considerar el estudio de la aceptabilidad (50).

El concepto de aceptabilidad en la literatura especializada resulta un tanto ambiguo, dado que en general no ha sido concretamente definido. Sekhon propuso la siguiente definición para el concepto de aceptabilidad en relación a las intervenciones de salud *“Un constructo multifacético que refleja el grado en que las personas que brindan o reciben una intervención de salud la consideran apropiada, en función de respuestas emocionales y cognitivas anticipadas o experimentadas de la intervención”*(51). Asimismo, se establece que el concepto de aceptabilidad comprende siete componentes que determinan como los individuos valoran las intervenciones de salud: Actitud afectiva, carga (esfuerzo de participar de la intervención), percepción de efectividad, ética, coherencia de la intervención, costo de oportunidad, autoeficacia(51).

La aceptabilidad, puede ser evaluada desde dos perspectivas temporales, en primer lugar, desde una perspectiva prospectiva (o aceptabilidad prospectiva) que comprende una interpretación anticipada de aceptabilidad mediante escenarios hipotéticos o retrospectivamente (aceptabilidad retrospectiva) donde la evaluación es en base a una experiencia previa con la intervención. En segundo lugar, puede ser evaluada en tres puntos distintos en el tiempo dependiendo del momento en el que se implementa la intervención de salud(51,52)

- Previo a la implementación de la intervención de salud: antes de cualquier exposición a la intervención.
- Durante la implementación de la intervención: evaluación simultánea de aceptabilidad; cuando ha habido cierto grado de exposición a la intervención y se planea una la exposición adicional.
- Posterior a la implementación de la intervención: después de finalizada la intervención o al final del período de administración de la intervención cuando no se planea una exposición adicional.

5.1 Estudios de Aceptabilidad de la PrEP

En general, los estudios de aceptabilidad son dirigidos a población clave como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), consumidores de drogas inyectables (DIU), trabajadoras sexuales (FSW) y transgénero (TG) dado que son considerados grupos con riesgo sustancial de contraer VIH (27).

En la literatura se evidencia que la aceptabilidad concebida desde la perspectiva de quienes reciben la intervención puede ser evaluada cuantitativamente administrando medidas de aceptabilidad o de satisfacción, y cualitativamente mediante entrevistas semi-estructuradas o grupos focales formulando preguntas de sondeo centradas en comprender cómo interactúan los individuos con la intervención(51,53), además de otras metodologías como análisis conjunto y mixtas.

Los estudios para evaluar la aceptabilidad de la PrEP, tienen enfoques según la experiencia y disponibilidad de la PrEP de cada país o región. En ese sentido, en aquellos países en los cuales no se ha implementado previamente la PrEP, los estudios para evaluar la aceptabilidad tiene diversas maneras de medirla (54), como por ejemplo, la mayoría se orientan a indagar en la disposición (“willingness”) e intención (“intention”) a usar la PrEP en los potenciales usuarios. Ha sido bastante utilizada la variable “la intención a usar la PrEP” en los estudios de aceptabilidad ya se considera un Proxis más estable de la variable “aceptabilidad a usar la PrEP” (55). Así como también se indaga en otras dimensiones de la aceptabilidad como como motivaciones, facilitadores, barreras preocupaciones, entre otras(54).

Del mismo modo, en aquellos países en los cuales se encuentra disponible la PrEP es posible profundizar en la experiencia de quienes la reciben mediante el estudio de la aceptabilidad orientado a indagar sobre la adherencia y otras dimensiones la aceptabilidad del uso la PrEP como motivaciones para comenzar a usar y mantener el uso de la PrEP, barreras percibidas, facilitadores, barreras de acceso entre otros(54).

Respecto al concepto de aceptabilidad de la PrEP que se pueden encontrar en los ensayos clínicos, se sugiere que la aceptabilidad se debe evaluar en relación con la forma en que afecta la adherencia del medicamento, y se deben considerar elementos como los atributos del producto, el régimen de dosificación, los mecanismos de entrega y los efectos del producto en los encuentros sexuales(56).

Finalmente, a pesar de los diversos estudios y escenarios para evaluar la aceptabilidad de la PrEP se ha determinado que la manera más común es indagando sobre la disposición o intención de usar la PrEP en posibles usuarios, así como también en la adherencia en usuarios(54). No obstante, resulta fundamental para el estudio de la aceptabilidad el ser estudiada en cada contexto local porque los factores socioculturales, económicos y estructurales específicos del país pueden influir fuertemente en la aceptabilidad de la PrEP (57). Asimismo, se sugiere que para estudiar la aceptabilidad de la PrEP se deben incorporar aspectos como profundizar en la motivación individual para el uso de PrEP, el potencial rol de las influencias sociales y estructurales más allá de las individuales incluyendo el rol del personal de salud en la captación y apoyo del uso de la PrEP(54).

5.3 Evidencia de Estudios Aceptabilidad para PrEP en HSH

La aceptabilidad a usar la PrEP en HSH difiere significativamente en diferentes países y regiones. Se ha visto que en aquellos estudios que indagan en la “disposición a usar la PrEP” la proporción de HSH que refieren estar dispuestos a usar la PrEP es alta. Mientras que en estudios basados en indagar en la “intención de usar la PrEP” al comparar sus resultados se evalúa que estos son similares y por tanto, se ha determinado que es una medida más estable(55). En consecuencia, la “intención a usar la PrEP” es una proxy para evaluar la aceptabilidad a usar la PrEP y en diversos estudios la pregunta orientadora hace alusión a “la probabilidad de usar la PrEP si esta estuviera disponible”.

Una revisión sistemática con metanálisis de 68 artículos de aceptabilidad para PrEP en HSH determinó una aceptación estimada de 57.8% (IC 95% 52.4-63.1%) donde HSH que eran más jóvenes, con mejor nivel educacional, mayores ingresos y previamente conscientes de PrEP mostraron una aceptación significativamente mayor y las principales barreras

detectadas fueron la baja eficacia auto percibida, preocupación por los efectos secundarios, la adherencia, la asequibilidad y la estigmatización(58).

Estudios orientados a indagar en la intención de usar PrEP, han reportado niveles de aceptabilidad similar a los reportados por Peng, correspondiente a un 50,3%(59) de una muestra en Londres.

Según lo reportado en un estudio realizado en Escocia, Reino Unido(60), muestra que poco menos de la mitad de los participantes (47.8%) probablemente usarían la PrEP si estuviera disponible, destacando que no se encontró asociación entre el conocimiento previo de la PrEP y su aceptabilidad. También se encuentra que en los hombres más jóvenes (18 a 25 años) y aquellos que reportan mayor riesgo de coito anal sin protección, tienen una probabilidad significativamente mayor de preferir la utilización de la PrEP(60). De esta forma, la percepción del riesgo, los patrones de práctica sexual y las relaciones sociales podrían influir en la motivación y la naturaleza del uso de PrEP(60).

En Taiwán, la PrEP se encuentra disponible desde el año 2018, no obstante, un estudio previo a su implementación(61), indicó que menos de la mitad de los participantes del estudio conocían o habían escuchado de la PrEP; sin embargo, después de una breve descripción de la PrEP, la aceptabilidad fue moderadamente alta (72%). Por lo que se sugiere promover el conocimiento de la PrEP para aumentar su aceptabilidad entre los HSH(61).

En América Latina, el estudio IMPrEP buscó indagar en el conocimiento de la PrEP y los factores asociados con la disposición (“willingness”) a utilizar la PrEP oral diariamente en Brasil, Perú y México. Sus hallazgos reportan una disposición (“willingness”) a usar PrEP fue de 64,2% aproximadamente, y que la disposición a usar la PrEP estaba altamente relacionada con los niveles de conciencia (“awareness”) de la PrEP, mayor comportamiento y percepción del riesgo (62).

Pregunta de Investigación, Hipótesis.

En Chile se ha evidenciado una reemergencia de la epidemia del VIH concentrada específicamente en población joven de hombres que tienen sexo con otros hombres (en adelante, HSH). En consecuencia, se ha implementado la PrEP, estrategia que a nivel mundial ha resultado ser efectiva para la prevención de la propagación de VIH en población clave, y en particular HSH.

Este estudio busca conocer la aceptabilidad del uso de la PrEP y sus factores asociados en hombres gay y otros HSH, potenciales usuarios de estas estrategias en Chile. Así como también profundizar en las características de los hombres gay y otros HSH según su aceptabilidad a usar la PrEP en los datos de la Encuesta LAMIS-2018 en Chile.

Dado lo expuesto anteriormente, la pregunta de investigación es:

1- ¿Cuáles son las características y factores asociados a la aceptabilidad de uso de PrEP en Hombres gay y otros HSH en Chile?

Hipótesis de investigación

Los hombres gay y otros HSH que son jóvenes, con mayor nivel educacional y que han escuchado hablar de PrEP tienen mayores niveles de aceptabilidad de uso de la PrEP.

Factores como tener comportamiento sexual de riesgo, mayor percepción del riesgo de contraer VIH y haber escuchado hablar y ser conscientes de la PrEP se asocian a una mayor aceptabilidad al uso de la PrEP.

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Estimar niveles de aceptabilidad del uso de PrEP en hombres gay y otros HSH participantes en estudio LAMIS 2018 - Chile, identificando características y factores asociados a la aceptabilidad del uso de PrEP.

Objetivos específicos:

1. Identificar la aceptabilidad del uso de PrEP de los Hombres gay y otros HSH.
2. Describir las características sociodemográficas, de comportamiento y otros aspectos relacionados a la PrEP de los Hombres gay y otros HSH según su aceptabilidad del uso de PrEP
3. Comparar las características sociodemográficas, de comportamiento y otros aspectos relacionados a la PrEP en Hombres gay y otros HSH según aceptabilidad
4. Identificar factores asociados a la aceptabilidad del uso de PrEP en Hombres gay y otros HSH en Chile

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio Observacional, de corte Transversal con componente analítico. Consiste en un análisis de datos secundarios a partir de la Encuesta Latinoamericana por Internet para hombres que tienen sexo con Hombres año 2018 (LAMIS 2018) realizada en Chile, cuyo objetivo fue indagar sobre la salud psico-socio-sexual de hombres gays, bisexuales y otros HSH. En particular, para esta tesis se utilizaron los datos de LAMIS 2018- Chile para indagar en la aceptabilidad del uso de la PrEP y sus los factores asociados en Hombres Gay y Otros HSH.

Población y muestra

Los participantes de la encuesta LAMIS- 2018 Chile, representan a la población de Hombres Gay y otros HSH que residen en Chile. Sin embargo, para responder a los objetivos del presente estudio la población en estudio corresponde de Hombres Gay y otros HSH que residen en Chile y que son VIH negativos.

Como se mencionó anteriormente, en este estudio se trabajó con datos secundarios provenientes de la encuesta LAMIS 2018 en Chile, que fue dirigida a hombres homo-bisexuales u otros HSH, mayores de 18 años y residentes en Chile. La promoción y

reclutamiento se realizó desde el 23 de enero hasta el 13 de mayo de 2018, a través de Internet, con inserción de banners en sitios web, App telefónicas para encuentros. También se contó con difusión mediante Organizaciones Comunitarias, notas de prensa, invitaciones vía correo electrónico, entre otras.

Se realizó un muestreo no probabilístico, tomando como referencia la estimación del número de HSH del año 2017 de 181.191. Se consideró una proporción de reclutamiento de 5/10.000, estableciéndose un meta de 3.000. El número total de participantes alcanzó 4.945 personas en Chile, por lo que el cumplimiento de meta según cálculo muestra fue del 165% y representó un 7,61% de la muestra total de estudio (en América Latina).

Cabe destacar que para el presente estudio se trabajó con una **muestra** de 3976 participantes, que contiene a los participantes que respondieron a la pregunta dirigida a indagar respecto a la “Aceptabilidad de la PrEP”. Los criterios para responder la pregunta de aceptabilidad de la PrEP son dos (cualquiera de ellos):

- 1) Responder “NO” a la pregunta “¿Alguna vez has recibido el resultado de una prueba del VIH?”
- 2) Responder “NO” a la pregunta “¿Has recibido un resultado positivo en la prueba del VIH?”.

Por lo tanto, los criterios de inclusión de este estudio son:

- Auto identificarse como como hombre gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.
- Vivir en Chile.
- Ser mayor de 18 años.
- Desconocer su estado serológico o ser VIH negativo (auto-reporte).

Criterio de exclusión:

- No haber respondido la pregunta de aceptabilidad de la PrEP.

Por lo tanto, dado que en LAMIS-2018 Chile participaron 4945 personas, pero en este análisis se restringió sólo a una muestra de quienes respondieron la pregunta sobre aceptabilidad a usar la PrEP (N=3976), es decir, a hombres gay y otros HSH que se auto reportaron VIH negativos o desconocían su estado serológico. En consecuencia, se excluyó a los hombres VIH positivo (N: 940) y a quienes no respondieron sobre su prueba de VIH (N=25) y la variable respuesta (N=4)

Instrumento de recogida de datos

Se trabajó con datos secundarios obtenidos de La Encuesta Latinoamericana por Internet para hombres que tienen sexo con Hombres año 2018 (LAMIS 2018) que es una iniciativa ejecutada por la Red Iberoamericana de estudios en HSH y mujeres transexuales (RIGHT PLUS) en la que participaron 18 países de Latinoamérica, entre ellos Chile. El instrumento corresponde a la versión latinoamericana de la encuesta EMIS 2017 (European MSM Internet Survey) la que fue adaptada en 3 idiomas (español, portugués y holandés) y validada por el Grupo de trabajo iberoamericano de LAMIS (*Explicado en detalle, en ítem ENCUESTA LAMIS -2018 del Marco Teórico*).

La Encuesta LAMIS-2018 realizada en Chile, se compone de 226 preguntas organizadas en 48 ítem (ver ANEXO I) que abordan diversas temáticas la salud psico-socio-sexual de hombres gay, bisexuales y otros HSH como: características sociodemográficas de los participantes, comportamiento sexual, prevención del VIH y otras ITS, conocimiento y uso de la profilaxis post exposición (PEP) y PrEP, consumo de drogas, salud psicosocial, uso de los servicios de salud, entre otras.

En sus diferentes ítems, contiene preguntas de tipo múltiple, discreta, dicotómicas, categóricas, Escala tipo Likert con 5, 4 y 7 puntos y escala de recencia (medida del tiempo transcurrido desde que una conducta/evento/acción/suceso se realizó por última vez).

La encuesta LAMIS es dinámica dado que los participantes responden las preguntas que se ajustan a sus características y sólo se responden los ítem y preguntas dirigidas a criterios reportados en el transcurso de la encuesta.

En este estudio, se trabajó principalmente con la pregunta de aceptabilidad de PrEP “*Si la PrEP estuviera disponible y fuera asequible/accesible para ti, ¿Qué tan probable sería que*

la uses?” dado que corresponde a la variable respuesta y a partir de ella se conforma la muestra.

Variables

Variable dependiente

La **aceptabilidad del uso la PrEP** se evaluó mediante la siguiente pregunta *“Si la PrEP estuviera disponible y fuera asequible/accesible para ti, ¿Qué tan probable sería que la uses?”* Con respuesta en escala Likert de 5 alternativas; Muy improbable, bastante improbable, no estoy seguro, bastante probable, muy probable. Para efectos de este estudio la variable *“aceptabilidad del uso PrEP”*, se recodificará como variable dicotómica según probabilidad de usar la PrEP:

- “SI”: incluye las respuestas “Bastante probable” y “Muy probable”.
- “NO”: incluye las respuestas “No está seguro”, “Muy improbable”, “Bastante improbable”.

Variables independientes

Características sociodemográficas:

- **Edad:** Variable discreta (edad en años cumplidos al momento de la encuesta o entrevista). Para efectos de análisis, la variable fue categorizada según distribución de la muestra y otros estudios latinoamericanos en la materia(62) en las siguientes 3 categorías; 18 a 24 años, 25 a 35 años y 36 a más años.
- **Ciudad de residencia:** Variable categórica, entendida como la ciudad en la que vive al momento de la encuesta o entrevista. Las 4 categorías son; Santiago, Valparaíso, otra ciudad con < 500.000 habitantes y otra ciudad con 500.000 habitantes o más.
- **Nivel educacional:** Variable categórica, entendida como el nivel de estudios más alto alcanzado al momento de la encuesta; Sin estudios o educación básica incompleta, Educación básica o estudios primarios, Estudios secundarios, Estudios de bachillerato-estudios terciarios/tecnológicos o formación técnica profesional (FTP),

Estudios universitarios y Postgrado. Para efectos del análisis esta variable fue dicotomizada en aquellos que tienen menos estudios o alcanzaron estudios secundarios completos versus quienes cursaron cualquier estudio post- secundario (desde FTP hasta Postgrado).

- **Situación laboral:** Variable categórica, entendida como el tipo de empleo u ocupación de la persona al momento de la encuesta o entrevista (Empleado a tiempo completo, Empleador a tiempo parcial o medio tiempo, Trabajador independiente o autónomo, Sin trabajo, Desempleado, Estudiante, Retirado, jubilado, Licencia laboral por enfermedad de larga duración u Otras). Variable categorizada para efectos del análisis en las siguientes 4 categorías; Empleado (tiempo completo, parcial o independiente), Desempleado, Estudiante u Otro (jubilado, con licencia médica u otro).
- **Ingresos económicos:** Variable categórica, se refiere a la autopercepción de ingresos del participante. Derivada de la pregunta *¿Cuál de estas frases dirías que se acerca más a la percepción que tienes sobre tus ingresos actuales?* cuyas alternativas son 5: Vivo muy cómodamente con mis ingresos actuales, Vivo cómodamente con mis ingresos actuales, Ni cómodo ni en apuros con mis ingresos actuales, En apuros con mis ingresos actuales y Realmente muy en apuros con mis ingresos actuales. Para efectos del análisis de se construyó variable con las siguientes 3 categorías; Altos (Vive muy cómodamente o cómodamente con sus ingresos actuales), Medios (Ni cómodo ni en apuros con sus ingresos actuales) y Bajos (En apuros o muy en apuros con sus ingresos actuales)
- **Nacido en Chile:** Variable dicotómica. Variable interesante de explorar dada la ola migratoria que se ha evidenciado en Chile durante la última década.
- **Orientación sexual:** variable categórica, derivada de la pregunta *¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu orientación sexual?* Cuyas categorías son 5: Gay/Homosexual, bisexual, heterosexual, otro y No suelo usar ningún término. Para efecto del análisis la variable se construye una variable de 3 categorías; Gay/Homosexual, Bisexual y Otro (Heterosexual, Otro y No suelo usar ningún término).

Antecedentes y comportamiento sexual

- **Parejas Sexuales:**
 - **Pareja estable durante los últimos 12 meses:** Variable categórica, derivada de la pregunta *¿Tienes actualmente una 'pareja estable', ya sea un enamorado, novio, marido o concubino, lo cual significa que no estás 'soltero'?*; No (Estoy soltero), SI (Tengo pareja estable) y No estoy seguro.
 - **Número de parejas sexuales ocasionales con las que se ha practicado la penetración sin condón en los últimos 12 meses:** Variable continua derivada de la pregunta *“En los últimos 12 meses, ¿con cuántas parejas ocasionales masculinas has practicado la penetración sin condón?”* sólo contempla a las personas que reportan haber tenido sexo con penetración con al menos una persona en los últimos 12 meses. Para efectos del análisis, se categorizó la variable en 4 categorías según distribución de la muestra; 0, 1-2, 3-5, y >5.
- **Sexo sin condón en los últimos 12 meses:** Variable dicotómica construida por Grupo de trabajo iberoamericano de LAMIS considerando de 2 variables dicotómicas de la encuesta dirigidas a indagar respecto al sexo con parejas ocasionales y el respectivo conocimiento del estado serológico, en los últimos 12 meses. Categorías; No y Si=Sexo anal sin condón con una pareja ocasional de estado serológico frente al VIH desconocido.
- **Uso sexualizado de drogas:** Variable dicotómica, derivada de la pregunta *¿Cuándo fue la última vez que utilizaste drogas para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo?* Las 8 posibles respuestas son: En las últimas 24 horas, En los últimos 7 días, En las últimas 4 semanas, En los últimos 6 meses, En los últimos 12 meses, En los últimos 5 años, Hace más de 5 años y Nunca. Para efectos del análisis, esta variable se dicotomizó de la siguiente manera; No= Nunca o hace años y Si= Alguna vez en los últimos 12 meses.
- **Prueba de VIH y otras ITS:**

- **Prueba del VIH en los últimos 12 meses:** Variable dicotómica. Categorías; No y Si=Testeado para VIH en los últimos 12 meses.
- **Testeo de otras ITS:** Variable categórica derivada de la pregunta *¿Alguna vez te has realizado una prueba para detectar alguna infección de transmisión sexual (ITS) que no sea el VIH?* Las 3 categorías son: No, Si y No estoy seguro.
- **Diagnostico de Sífilis:** Variable Categórica derivada de la pregunta *“¿Alguna vez te han diagnosticado Sífilis?”*. Categorías: No, Si y No lo sé.
- **Diagnostico de Gonorrea:** Variable Categórica derivada de la pregunta *“¿Alguna vez te han diagnosticado Gonorrea?”*. Categorías: No, Si y No lo sé.
- **Diagnostico de Clamidia:** Variable Categórica derivada de la pregunta *“¿Alguna vez te han diagnosticado Clamidia?”*. Categorías: No, Si y No lo sé.
- **Diagnostico de Condilomas:** Variable Categórica derivada de la pregunta *“¿Alguna vez te han diagnosticado Verrugas anales o genitales (condilomas)?”*. Categorías; No, Si y No lo sé.

Otras Escalas:

- **Escala de Satisfacción Sexual:** La satisfacción sexual ha sido conceptualizada como estar feliz con la vida sexual de uno. La satisfacción sexual fue medida usando una escala en la que el participante tenía que elegir un valor del 1 al 10 para clasificar el grado de satisfacción con respecto a su vida sexual (donde 1 era muy insatisfecho y 10 era muy satisfecho). Con el fin de determinar en qué medida los participantes se encontraban insatisfechos con su vida sexual, los valores de la escala fueron dicotomizados (insatisfecho/satisfecho). el puntaje central puede ser tomado como referencia para calificar las respuestas de los participantes como “satisfecho” (puntaje mayor a 5) o “Insatisfecho” (puntaje menor e igual a 5). Es un criterio arbitrario que supone que las personas que responden una sola pregunta, toman como referencia el valor central para auto-calificarse.
- **Escala de alcoholismo (CAGE4):** CAGE4 es un acrónimo que se refiere a las iniciales de los cuatro temas de las preguntas que se hacen en inglés: Cut down, Annoyed, Guilt y Eye-opener. Es un cuestionario de cuatro preguntas que requieren una respuesta simple de “sí” o “no” sobre las experiencias y el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol por parte de una persona.

¿Has intentado reducir tu consumo de alcohol?

¿Te ha molestado alguien por criticar tu forma de beber?

¿Te has sentido mal o culpable por beber?

¿Has tomado una copa a primera hora de la mañana para estabilizar tus nervios o quitarte una resaca?

La interpretación de los resultados del CAGE4 se basa en la puntuación obtenida según el número de respuestas afirmativas (rango: 0-4), donde "0" indica ninguna respuesta afirmativa y "4" indica respuestas afirmativas a los cuatro ítems.

En general, dos o tres respuestas afirmativas sugieren un consumo excesivo de alcohol, un problema encubierto de bebida o un problema de alcohol clínicamente significativo (trastorno por consumo de alcohol). Y esta interpretación se explica porque una respuesta afirmativa para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de pacientes con problemas de alcoholismo, mientras que en el total de preguntas se ve en aproximadamente el 50%. En LAMIS, los puntajes del CAGE4 fueron dicotomizados, siendo el punto de corte dos o más respuestas afirmativas para determinar un probable problema con el consumo de alcohol.

- **Escala de homonegatividad internalizada (HI):** El autoestigma relacionado con la orientación sexual es un tipo de estigma sexual que la describen como homofobia interiorizada. Es cuando una persona homo-bisexual dirige las actitudes sociales negativas sobre la homosexualidad hacia sí mismo, lo que lleva a una devaluación del yo y al conflicto interno resultante y a una pobre autoestima. La escala Reacciones a la Homosexualidad, se utilizó en LAMIS para medir homonegatividad internalizada de los participantes en 7 afirmaciones. Cada una de las siete afirmaciones fueron respondidas utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde "Totalmente en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo". Los encuestados también podían marcar la respuesta "No aplica en mi caso", pero luego estas respuestas fueron codificadas como casos perdidos, al igual que aquellos que omitieron responder un ítem. Considerando lo anterior, el rango de cada ítem era de 0 a 6 con un puntaje total máximo de 42 puntos. Para la interpretación de esta escala, se categorizó con un rango de 1 a 7 (basado en consenso internacional) y debe ser tratada estrictamente como una variable continua donde a mayor puntuación mayor homonegatividad internalizada.

Tabla 3 Resumen de variables de características sociodemográficas y de comportamiento.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Variable	Tipo	Valores
Edad	Categórica	0= 18 a 24 años; 1= 25 a 35 años; 2= 36 y más
Nivel Educativo	Categórica	0= Secundario o inferior (Sin estudios o educación básica incompleta, Nivel primario o Nivel secundario); 2= Postsecundario (Bachillerato, estudios terciarios/tecnológicos o formación técnica/profesional, Estudios universitarios, Postgrado, especialización, Máster, Doctorado).
Situación Laboral	Categórica	0=Empleado a tiempo completo, a tiempo parcial o independiente; 1=Desempleado; 2=Estudiante; 3=Otro (Retirado, jubilado, Licencia laboral por enfermedad de larga duración u Otras)
Ingresos Económicos	Categórica	0=Altos (Vive muy cómoda o cómodamente con sus ingresos actuales); 1=Medios (Ni cómodo ni en apuros con sus ingresos actuales); 2=Bajos (En apuros o muy en apuros con sus ingresos actuales)
Nacido en Chile	Dicotómica	1= No; 2=Si
Ciudad de Residencia	Categórica	1=Santiago; 2=Valparaíso; 3=Otra ciudad < 500000 hab.; 4=Otra ciudad 500000 hab. y más
Orientación Sexual	Categórica	0=Gay/ Homosexual; 2=Bisexual; 3=Otro (Heterosexual, Otro y No suelo usar ningún término)
VARIABLES DE COMPORTAMIENTO		
Pareja estable	Categórica	1=No (Estoy soltero); 2=Si (Tengo pareja estable); 3=No estoy seguro (Es complicado decir si tengo una pareja)
Nº Parejas ocasionales con las que ha tenido penetración sin condón*	Categórica	0=0; 1=1 a 2; 2=3 a 5; 3=>5.
Sexo sin condón*	Dicotómica	1= No; 2 = Sexo anal sin condón con una pareja ocasional de estado serológico frente al VIH desconocido en los últimos 12 meses.
Uso sexualizado de drogas*	Dicotómica	0= No; 1= Si*
Prueba de VIH*	Dicotómica	1=No; 2= Si
Prueba de Otra ITS	Categórica	1= No; 2= Si; 3= No estoy seguro
Diagnostico de otras ITS: Hepatitis C, Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Condiloma	Categórica	1= No; 2= Si; 3= No lo sé
Satisfacción Sexual	Dicotómica	0= Satisfecho; 1=Insatisfecho
Alcoholismo (CAGE4)	Dicotómica	1=No dependencia al alcohol; 2=Dependencia al alcohol
Escala de homonegatividad internalizada (HI)	Continua	Rango= 1 a 7

*Alguna vez en los últimos 12 meses.

Sobre Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) y Profilaxis Post Exposición (PEP):

- **Escuchado sobre la PrEP:** Variable categórica, derivada de pregunta “¿Ha oído hablar de la PrEP?” Categorías; No, Si, No estoy seguro.
- **Conocimiento Sobre PrEP:** Para indagar en el conocimiento de la PrEP se presentan tres afirmaciones verdaderas, a las cuales los participantes deben responder si conocían la información. Las afirmaciones son las siguientes;
 - La Profilaxis Pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH.
 - La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales.
 - Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales, debe tomarse una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 como a las 48 horas después de la dosis doble.Las 5 posibles respuestas para estas afirmaciones son las siguientes; Ya la conocía, No estaba seguro, No la conocía, No la entiendo y No me la creo.
- **¿Alguna vez alguien en un servicio de salud te ha hablado de la PrEP?:** Categorías; No, Si, No estoy Seguro.
- **Intento por conseguir PrEP:** Variable dicotómica derivada de la Pregunta “¿Alguna vez has intentado conseguir la PrEP?”. Categorías; No y Si.
- **Uso de PrEP:** Variable categórica, derivada de la pregunta “¿Alguna vez has tomado la PrEP?”. Las 5 posibles respuestas son;
 - No.
 - Sí, diariamente y todavía la estoy tomando.
 - Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando.
 - Sí, cuando la he necesitado, pero no diariamente.
 - No lo sé.

- **Escuchado sobre la PEP:** Variable categórica, derivada de pregunta “¿Ha oído hablar de la PEP?” Categorías; No, Si, No estoy seguro.
- **Intentos por conseguir la PEP:** variable dicotómica, derivada de la pregunta “¿Alguna vez has intentado conseguir la PEP (incluso si no la conseguiste)?”. Categorías; No y Si.
- **Uso de PEP:** Variable categórica, derivada de la pregunta “¿Alguna vez has tomado la PrEP?”. Las 5 posibles respuestas son;
 - No, no pude conseguirla
 - No, tuve la oportunidad, pero decidí no tomarla
 - Sí, la he tomado una vez
 - Sí, la he tomado más de una vez
 - No lo sé.

Tabla 4 Resumen de variables sobre la PrEP y otros aspectos relacionados

VARIABLES SOBRE PrEP Y ASPECTOS RELACIONADOS		
Variable	Tipo	Valores
Escuchado sobre PrEP	Categórica	1=No; 2=Si; 3=No estoy seguro
Conocimiento sobre PrEP: "La Profilaxis Pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH". "La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales". "Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales, debe tomarse una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 como a las 48 horas después de la dosis doble"	Categórica	1=Ya la conocía 2=No estaba seguro 3=No la conocía 4=No la entiendo 5=No me la creo
¿Alguna vez alguien en un servicio de salud te ha hablado de la PrEP?	Categórica	1=No; 2=Si; 3=No estoy seguro
¿En qué servicio de salud te hablaron sobre la PrEP?: Centro de salud público/Médico general o de familia, Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular, En un hospital como un paciente ambulatorio, Una ONG u organización LGBT o del VIH y Otro	Dicotómica	1=No; 2=Si
Intentado conseguir PrEP	Dicotómica	1=No; 2=Si
Uso de PrEP	Categórica	1=No; 2=Sí, diariamente y todavía la estoy tomando; 3=Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando. 4=Sí, cuando la he necesitado, pero no diariamente; 5=No lo sé.

¿Hablaste con un profesional de salud sobre la PrEP antes de usarla?	Dicotómica	1=No; 2=Si
¿Alguna vez recibiste una receta médica para tomar la PrEP?	Dicotómica	1=No; 2=Si
Escuchado sobre PEP	Catógica	1=No; 2=Si; 3=No estoy seguro
Intentado conseguir PEP	Dicotómica	1=No; 2=Si
Uso de PEP	Catógica	1=No, no pude conseguirla; 2=No, tuve la oportunidad, pero decidí no tomarla; 3=Sí, la he tomado una vez; 4=Sí, la he tomado más de una vez; 5=No lo sé

Variables confusoras:

Se pretende explorar en las variables “Edad” y “Nivel educacional” como posibles variables confusoras, las que fueron seleccionadas por criterio bibliográfico (63).

Análisis Estadístico

Para el análisis Estadístico de los datos se trabajó con el software STATA 16. Como se mencionó inicialmente, se trabajó con el grupo de participantes que respondieron la pregunta sobre aceptabilidad de la PrEP (es decir, personas que desconocen su estado serológico o auto reportadas VIH negativo) y que respondieron completamente la encuesta. Adicionalmente, la variable “aceptabilidad del uso PrEP” fue dicotomizada.

Se inició con un análisis descriptivo cuyo objetivo fue caracterizar la muestra según la aceptabilidad a usar PrEP y las diferentes variables, etapa en la cual se reporta frecuencias y porcentajes para variables categóricas, media y desviación estándar para las variables continuas.

Para examinar la asociación entre los niveles de aceptabilidad del uso de la PrEP y las diferentes variables de características sociodemográficas, y de comportamiento, se realizó análisis bivariado usando pruebas de hipótesis como “Chi 2” (prueba no paramétrica) y considerando usar pruebas no paramétricas para aquellas variables que no demuestren distribución normal.

Posteriormente, para explorar los factores asociados a la aceptabilidad del uso de la PrEP se realizó análisis multivariado mediante regresión logística dado que la variable en estudio es dicotómica. Para ello, se seleccionaron aquellas variables que resultaron

estadísticamente significativas con la aceptabilidad a usar la PrEP en el análisis bivariado, así como también aquellas que han sido consideradas potencialmente asociadas a la aceptabilidad de la PrEP según la literatura.

Asimismo, se consideró ajustar por edad y nivel educacional dado que han sido tratadas como confusoras en estudios previos de este fenómeno.

Para evaluar si los modelos ajustan bien a la Regresión Logística, se realizó la prueba estadística de Hosmer y Lemeshow. Para todo el análisis, El $P < 0.05$ será considerado como evidencia de significancia estadística.

Aspectos éticos

Se tuvieron consideraciones éticas las cuales se enmarcan en el respeto de los principios básicos, tales como el principio de autonomía, dado que la participación será voluntaria, el de beneficencia, no maleficencia dado que procederá sin intención de provocar daño o causar molestia en los informantes, y el principio de justicia (64).

Para utilizar los datos de LAMIS – 2018 en Chile se contó con el acta de aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Dicho documento fue emitido con fecha 26 de Septiembre de 2017 y posee una vigencia de un año, prorrogable según el informe de avance y seguimiento bioético.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas de hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos

La Tabla 5 presenta las características sociodemográficas de la muestra. La mediana de edad es de 27 años (DS: 9 años) y las edades oscilan entre los 18 y 80 años. Al evaluar la edad como variable categórica, se observa que la mitad de la muestra (49, 87%) pertenecía al grupo etario de 25 a 36 años y posteriormente el grupo etario más joven de 18 a 24 años (32.92%). Se observó que en general la mayor parte de los participantes tenían un nivel educacional relativamente alto, ya que un 87.38% reportó tener algún tipo de estudios postsecundarios (es decir, formación técnico profesional, universitaria o postgrado). Del mismo modo, más de la mitad de la muestra manifestó tener empleo (62,83%) ya sea tiempo completo, tiempo parcial o ser trabajador independiente al momento de responder la encuesta, mientras que un 26,42% manifestó ser estudiante. El 46,48% de la muestra percibe tener “altos ingresos”, es decir, manifiesta sentarse “cómodo o muy cómodo” con sus ingresos, mientras que un 14,5% refiere sentirse en apuros o muy en apuros con sus ingresos.

Más de mitad de la muestra (53,34%) residía en Santiago al momento de contestar la encuesta, seguido de un 29.86% que residía en una ciudad (diferente a Valparaíso) de menos de 500000 habitantes. El 90,41% de la muestra eran chilenos, mientras que el 9,59% que refirió ser extranjero, y del total de los extranjeros más de la mitad eran venezolanos (52,77%).

En cuanto a la orientación sexual, el 79,27% describió su orientación sexual como Gay u Homosexual, mientras que un 13,74% se identifica como bisexual.

Tabla 5 Características sociodemográficas de hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos

Variable	Total (N=3976) n= (%)
Edad	27/29.37 (9)
18 a 24	1309 (32.92)
25 a 36	1983 (49.87)
36 y más	684 (17.20)
Nivel Educativo	
Secundaria o menor	501 (12.62)

Postsecundario	3469 (87.38)
Situación Laboral	
Empleado (full/part/indep)	2495 (62.83)
Desempleado	337 (8.49)
Estudiante	1049 (26.42)
Otro	90 (2.27)
Ingresos Económicos	
Altos	1840 (46.48)
Medios	1545 (39.03)
Bajos	574 (14.50)
Nacido en Chile	
Si	3593 (90.41)
No	381(9.59)
Ciudad de Residencia	
Santiago	2010 (53.34)
Valparaíso	323(8.57)
Otra ciudad (<500000 hab.)	1125(29.86)
Otra ciudad (500000 hab. o más)	310 (8.23)
Orientación Sexual	
Gay/homosexual	3151 (79.27)
bisexual	546 (13.74)
Otro (heterosexual/otro)	278 (6.99)

Aceptabilidad de la PrEP

Al evaluar la aceptabilidad a usar la PrEP, **un 55,73% de la muestra manifestó una alta aceptabilidad a usar la PrEP**, es decir, que probable o muy probablemente usaría la PrEP si esta fuera asequible y accesible. Mientras que **un 44,27% manifestó una baja aceptabilidad a usar al PrEP**, es decir, que no estaba seguro o que era muy o bastante improbable que usara la PrEP si esta fuera asequible y accesible.

Características sociodemográficas según aceptabilidad para usar la PrEP

La proporción de individuos según su aceptabilidad a usar la PrEP por características sociodemográficas se encuentra en Tabla 6.

Los participantes del grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP eran principalmente del rango etario de 25 a 36 (49.95%), tenían estudios post secundarios (86.77%), tenían trabajo (61.87%), eran de nacionalidad chilena (90.43%), vivían en la ciudad de Santiago (53.58%) y respecto a su orientación sexual se identificaron como gay u homosexual (79.91%).

Al comparar la características sociodemográficas entre ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. No obstante, al comparar “autopercepción de ingresos económicos”, se observa una frecuencia

significativamente mayor de participantes con altos ingresos en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (44.81% vs **48.57%**).

Tabla 6 Características sociodemográficas de hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos según aceptabilidad del uso de la PrEP

	Total (N=3976) n= (%)	Aceptabilidad PrEP		P valor
		SI N=2216 (55.73%)	NO N=1760 (44.27%)	
Edad	27			
18 a 24	1309 (32.92)	736 (33.21)	573 (32.56)	0.535
25 a 36	1983 (49.87)	1107 (49.95)	876 (49.77)	
36 y más	684 (17.20)	373 (16.83)	311 (17.67)	
Nivel Educativo				
Secundaria o menor	501 (12.62)	293 (13.23)	208 (11.85)	0.195
Postsecundario	3469 (87.38)	1922 (86.77)	1547(88.15)	
Situación Laboral				
Empleado (full/part/indep)	2495 (62.83)	1371 (61.87)	1124 (64.05)	
Desempleado	337 (8.49)	186 (8.39)	151 (8.60)	0.4
Estudiante	1049 (26.42)	609 (27.48)	440 (25.07)	
Otro	90 (2.27)	50 (2.26)	40 (2.28)	
Ingresos Económicos				
Altos	1840 (46.48)	989 (44.81)	851 (48.57)	0.049
Medios	1545 (39.03)	881 (39.92)	664 (37.90)	
Bajos	574 (14.50)	337 (15.27)	237 (13.53)	
Nacido en Chile				
Si	3593 (90.41)	2003 (90.43)	1590 (90.39)	0.969
No	381(9.59)	212 (9.57)	169 (9.61)	
Ciudad de Residencia				
Santiago	2010 (53.34)	1123 (53.58)	887 (53.05)	0.119
Valparaíso	323(8.57)	187 (8.92)	136 (8.13)	
Otra ciudad (<500000 hab.)	1125(29.86)	633 (30.20)	492 (29.43)	
Otra ciudad (500000 hab. o más)	310 (8.23)	153 (7.30)	157 (9.39)	
Orientación Sexual				
Gay/homosexual	3151 (79.27)	1770 (79.91)	1381 (78.47)	
bisexual	546 (13.74)	295 (13.32)	251 (14.26)	0.537
Otro (heterosexual/otro)	278 (6.99)	150 (6.77)	128 (7.27)	

Características de comportamiento (sexual y otros) según aceptabilidad para usar la PrEP

La Tabla 7 muestra que el 60.7% de la muestra reportó **no tener pareja estable** en los últimos 12 meses. Al comparar ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, se observó una frecuencia significativamente mayor de participantes que no tenían pareja estable (es decir, solteros) en el grupo que con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**63.57%** vs 57.09%). Por el contrario, que la frecuencia de participantes que manifestó **tener pareja estable** en los últimos 12 meses fue significativamente superior en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (30.45% vs **37.96**).

En general, al evaluar el **número de parejas ocasionales con la que ha tenido penetración sin condón en los últimos 12 meses**, más de la mitad de la muestra reportó no tener ninguna pareja ocasional (63.25%). Al compara ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, se observó una frecuencia significativamente mayor de participantes sin ninguna pareja ocasional con las que se ha tenido penetración sin condón (en los últimos 12 meses) en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (58.06% vs **69.72%**). Mientras que la frecuencia de participantes que reportó tener 1 a 2, 3 a 5 y más de 5 parejas ocasionales con dichas características, fue superior en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**25.82%** vs 20.75%, **10.23%** vs 6.82% y **5.89%** vs 2.70%).

La prevalencia de quienes han tenido **sexo sin condón en los últimos 12 meses** en el total de la muestra es de un 22,42%. Al comparar según aceptabilidad a usar la PrEP se observó una prevalencia bastante mayor de sexo sin condón en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**27.09%** vs 16.56%) mientras la prevalencia de quienes reportaron no tener sexo sin condón en los últimos 12 meses fue significativamente superior en el grupo que reportó baja aceptabilidad a usar la PrEP (72.91% vs **83.44**).

Tabla 7 Variables de comportamiento de hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos según aceptabilidad del uso de la PrEP

Variables	Total(N=3976) n= (%)	Aceptabilidad PrEP		P valor
		SI N=2216 (55.73%)	NO N=1760 (44.27%)	
Pareja Estable*				
SI	1340 (33.78)	673 (30.45)	667 (37.96)	
No	2408 (60.70)	1405 (63.57)	1003 (57.09)	0.000
No estoy seguro	219 (5.52)	132 (5.97)	87 (4.95)	
Nº Parejas ocasionales que ha tenido penetración sin condón*				
0	2418 (63.25)	1232 (58.06)	1186 (69.72)	
1 a 2	901 (23.57)	548 (25.82)	353 (20.75)	0.000
3 a 5	333 (8.71)	217 (10.23)	116 (6.82)	

>5	171 (4.47)	125 (5.89)	46 (2.70)	
Sexo sin condón*				
Si	885 (22.42)	559 (27.09)	290 (16.56)	0.00
No	3062 (77.58)	1601 (72.91)	1461 (83.44)	
Uso sexualizado de drogas*				
Si	853 (21.56)	516 (23.35)	337 (19.27)	0.002
No	3104 (78.44)	1694 (76.65)	1410 (80.71)	
Prueba VIH*				
Si	2326 (58.50)	1312 (59.21)	1014 (57.61)	0.312
No	1650 (41.50)	904 (40.79)	746 (42.39)	
Prueba de Otra ITS				
Si	2386 (60.42)	1357 (61.57)	1029 (58.98)	0.232
No	1520 (38.49)	825 (37.43)	695 (39.83)	
No lo sé	43 (1.09)	22 (1.00)	21 (1.20)	
Diagnostico de Sífilis				
Si	360 (9.07)	220 (9.95)	140 (7.95)	
No	3575 (90.03)	1968 (89.01)	1607 (91.31)	0.053
No lo sé	36 (0.91)	23 (1.04)	13 (0.74)	
Diagnostico de Gonorrea				
Si	451 (11.36)	277 (12.51)	174 (9.91)	
No	3471 (87.43)	1910 (86.27)	1561 (88.90)	0.037
No lo sé	48 (1.21)	27 (1.22)	21 (1.20)	
Diagnostico de Clamidia				
Si	161 (4.06)	97 (4.38)	64 (3.65)	
No	3734 (94.10)	2074 (93.73)	1660 (94.59)	0.477
No lo sé	73 (1.84)	42 (1.90)	31 (1.77)	
Diagnostico de Condilomas				
Si	609 (15.33)	352 (15.89)	257 (14.62)	
No	3286 (82.71)	1816 (81.99)	1470 (83.62)	0.369
No lo sé	78 (1.96)	47 (2.12)	31 (1.76)	
Satisfacción Sexual				
Satisfecho	2803 (71.25)	1584 (72.26)	1219 (69.98)	0.116
Insatisfecho	1131 (28.75)	608 (27.74)	523 (30.02)	
Alcoholismo (CAGE4)				
No dependencia al alcohol	3008 (76.07)	1676 (75.94)	1332 (76.24)	0.823
Dependencia al alcohol	946 (23.93)	531 (24.06)	415 (23.76)	
Escala de Homonegatividad Internalizada (HI)				
(1 a 7)	2/2.28(1.4)	2/2.27(1.4)	2/2.28(1.4)	0.96

*En los últimos 12 meses

Respecto al **uso sexualizado de drogas durante los 12 últimos meses**, se observó una prevalencia de 21.56% del total de la muestra. Al comparar el uso sexualizado de drogas en el último año entre ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, se observó una prevalencia superior de quienes reportaron esta práctica en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**23.35%** vs 19.29%). Mientras que en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP se observa una frecuencia mayor de quienes reportaron no practicar el uso sexualizado de drogas en el último año (76.65% vs **80.71%**).

La prevalencia de realización de **prueba de VIH en los últimos 12 meses** en la muestra fue de 58.5%. Al comparar en ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP no se observaron diferencias estadísticamente significativas, pero se identificó que la prevalencia de prueba de VIH en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP fue levemente superior (**59.21%** vs 57.61) así como también la frecuencia de participantes que reportaron no contar con una prueba de VIH el último año fue levemente superior en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (40.79% vs **42.39%**). Por otro lado, al examinar la prevalencia de realización de **pruebas para detección de otra ITS** en el total de la muestra fue de 60.42% y al comparar entre ambos grupos según su aceptabilidad a usar la PrEP tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas, pero se identificó que en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP la prevalencia levemente superior (**61.57%** vs 58.98%). La frecuencia de quienes reportaron no haberse realizado pruebas de detección de otras ITS fue levemente superior en el grupo con baja aceptabilidad a usar al PrEP (37.43% vs **39.83%**).

Respecto antecedentes de **diagnóstico de otras ITS**, la prevalencia de condilomas fue de 15.33%, gonorrea 11.36%, sífilis 9.07% y clamidia 4.06% en el total de la muestra. Al comparar estas prevalencias, se identificó que en aquellos que tiene alta aceptabilidad a usar la PrEP hay prevalencias levemente superiores de sífilis (**9.95%** vs 7.95) y gonorrea (**12.51%** vs 9.91%) que en quienes tiene baja aceptabilidad a usar la PrEP.

En cuanto a la **Escala de Satisfacción Sexual (ESS)**, el 71.25% de la muestra manifestó estar satisfecho con su vida sexual. Al comparar entre ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Pero, la frecuencia de quienes manifestaron sentirse satisfechos con su vida sexual fue levemente superior en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**72.76%** vs 69.98%).

Según la **Escala de alcoholismo (CAGE4)** la prevalencia de dependencia al alcohol en el total de la muestra fue de un 23.93%. Al comparar ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP no se observaron diferencias significativas (dependencia: 24.06% vs 23.76% y sin dependencia 75.74% vs 76.24%).

Al analizar los resultados de la **Escala de homonegatividad Internalizada (HI)** se observó una baja Homonegatividad internalizada con una mediana de 2 y media cercana a 2.27 tanto en el total de la muestra como en los grupos con alta y baja aceptabilidad a usar la PrEP.

Variables relacionadas a PrEP Y PEP en hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos

En la encuesta LAMIS-CHILE el 51.61% de los participantes manifestó **haber escuchado hablar de la PrEP**. Respecto a los participantes que refieren haber escuchado hablar sobre

la PrEP se observa una frecuencia superior en el grupo con mayor aceptabilidad (**53.25%** vs 49.54). Por el contrario, la frecuencia de participantes que reportaron no haber escuchado hablar sobre la PrEP es superior en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (40.66% vs **44.14%**).

Al analizar las respuestas sobre **conocimiento de PrEP**, se determinó que el conocimiento es relativamente bajo dado que sólo un 40.47% sabía que la PrEP implica que alguien que no tiene VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH. Asimismo, los participantes que reportaron conocer dicha afirmación se presentan en una frecuencia superior en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**41.38%** vs 38.87).

Un 30.03% de la muestra manifestó saber que la PrEP puede tomarse diariamente si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales y al comparar ambos grupos según aceptabilidad no se observaron diferencias relevantes.

Sólo un 12.49% conocía sobre el uso de PrEP en dosis a demanda o “régimen 2-1-1” y tampoco se observaron diferencias relevantes al comparar ambos grupos según aceptabilidad a usar la PrEP.

Sólo el 1.74% de la muestra manifestó que **le habían hablado de la PrEP en un servicio de salud en algún momento**, mientras que un 94.79 % manifestó que no le habían hablado de la PrEP en un servicio de salud. Al comparar entre ambos grupos se observó una diferencia estadísticamente significativa, y en el grupo con alta aceptabilidad se observa una frecuencia superior de los participantes que reportaron que no les habían hablado sobre la PrEP en un servicio de salud (**95.71%** vs 93.63%). Al profundizar sobre el tipo de servicio de salud donde les hablaron de la PrEP, al 0.76% de los participantes les hablaron en un Centro de salud público o médico general, a un 0.63% en una clínica privada/mutualista o médico privado, a un 0.23% le hablaron una ONG u organización LGBT y a un 0.13 % le hablaron en un Hospital como paciente ambulatorio. Al comparar los grupos con alta y baja aceptabilidad a usar la PrEP no se observan diferencias.

Solamente un 7.22% de la muestra refirió **haber intentado conseguir PrEP**. Al comparar los grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, se observan diferencias estadísticamente significativas. En el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP se observó una frecuencia mayor de participantes que han intentado conseguir la PrEP (**9.66%** vs 4.15%), mientras que los participantes que manifestaron no haber intentado conseguir se observan con mayor frecuencia en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (90.34% vs **95.85%**).

La prevalencia del **uso de PrEP** en la muestra fue de un 0.93% (n=37), 23 (0.58%) de los 37 encuestados respondieron que el uso de la PrEP era a demanda (es decir, cuando la han necesitado, pero no diariamente). Al comparar los grupos según aceptabilidad de la PrEP,

se observó una mayor frecuencia de personas que habían usado la PrEP a demanda 18 de 23 en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**0.81%** vs 0.28%).

De los 37 participantes que reportaron usar o haber usado la PrEP el 62.16% refirió haber hablado con un profesional de salud antes de haber tomado la PrEP. Al comparar los grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, los participantes que sí hablaron con un profesional de salud antes de usar la PrEP se observan en mayor frecuencia en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP (**62.92%** vs 60.00%). Por el contrario, los participantes que reportaron no haber hablado con un profesional antes de usar la PrEP se observan con mayor frecuencia en el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP (37.04% vs **40.00%**). Asimismo, Sólo 11 de las 37 personas que reportaron usar o haber usado PrEP recibieron una receta médica, es decir, sólo un 29.73%. En ese sentido, en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP un 29.63% reportó haber recibido una receta médica y un 70.37% reportó no haber recibido una receta médica, porcentajes similares al grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP.

Por otro lado, un 48.02% de la muestra refirió haber escuchado hablar sobre Profilaxis Post Exposición (PEP). En el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP un 48.16% manifestó haber escuchado sobre PEP, un 40.55% refirió no haber escuchado hablar sobre la PEP y un 11.28% manifestó no estar seguro. Al comparar con el grupo con baja aceptabilidad a usar la PrEP, no se observan diferencias relevantes.

Respecto a los **intentos por conseguir PEP**, un 7.52% de la muestra refirió haber intentado conseguir PEP (n= 299). Al comparar los grupos según aceptabilidad a usar la PrEP se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP se observó una frecuencia mayor de participantes que refirieron intentos por conseguir la PEP (**9.30%** vs 5.29%). Asimismo, respecto a los participantes que refirieron no haber intentado usar la PEP, se observó que en el grupo con baja aceptabilidad de la PrEP la frecuencia fue mayor (90.70% vs **94.71%**).

Finalmente, al indagar respecto al **uso de PEP** entre quienes habían intentado conseguirla, un **70.90%** respondió que no pudo conseguirla (212 de los 299 participantes). Al comparar los grupos según aceptabilidad a usar la PrEP, en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP la frecuencia de participantes que no pudieron conseguir la PrEP fue bastante superior (**74.76%** vs 62.37%). Adicionalmente, el 19.06% de la muestra refirió que si había tomado una vez la PEP y al comparar los grupos según aceptabilidad a usar la PrEP se observó una mayor frecuencia de personas que había usado una vez la PEP en el grupo con baja aceptabilidad (16.99% vs **23.66%**).

Tabla 8 Aspectos relacionados a la PrEP Y PEP de hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos según aceptabilidad del uso de la PrEP

Variable	Total (N=3976) n (%)	Aceptabilidad PrEP		P Valor
		SI N=2216 (55.73%)	NO N=1760 (44.27%)	
Escuchado sobre PrEP				
Si	2035 (51.61)	1172 (53.25)	863 (49.54)	0.065
No	1664 (42.20)	895 (40.66)	769 (44.14)	
No Estoy seguro	244 (6.19)	134 (6.09)	110 (6.31)	
Conocimiento Sobre PrEP:				
<i>"La Profilaxis Pre-exposición (PrEP) implica que alguien que no tiene el VIH tome pastillas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir adquirir el VIH"</i>				
Ya la conocía	1595 (40.27)	914 (41.38)	681 (38.87)	0.356
No estaba seguro	618 (15.60)	331 (14.98)	287 (16.38)	
No la conocía	1610 (40.65)	889 (40.24)	721 (41.15)	
No la entiendo	52 (1.31)	25 (1.13)	27 (1.54)	
No me la creo	86 (2.17)	50 (2.26)	36 (2.05)	
<i>"La PrEP puede tomarse como una pastilla diaria si no se sabe de antemano cuándo se tendrán relaciones sexuales"</i>				
Ya la conocía	1188 (30.03)	675 (30.58)	513 (29.33)	0.678
No estaba seguro	650 (16.43)	361 (16.36)	289 (16.52)	
No la conocía	1972 (49.85)	1097 (49.71)	875 (50.03)	
No la entiendo	56 (1.42)	27 (1.22)	29 (1.66)	
No me la creo	90 (2.28)	47 (2.13)	43 (2.46)	
<i>"Si alguien sabe de antemano cuándo tendrá relaciones sexuales, debe tomarse una dosis doble de PrEP aproximadamente 24 horas antes de tener sexo y tanto a las 24 como a las 48 horas después de la dosis doble"</i>				
Ya la conocía	494 (12.49)	276 (12.50)	218 (12.47)	0.140
No estaba seguro	565 (14.28)	311 (14.09)	254 (14.53)	
No la conocía	2720 (68.76)	1535 (69.52)	1185 (67.79)	
No la entiendo	83 (2.10)	35 (1.59)	48 (2.75)	
No me la creo	94 (2.38)	51 (2.31)	43 (2.46)	
¿Alguna vez alguien en un servicio de salud te ha hablado de la PrEP?				
Si	69 (1.74)	32 (1.45)	37 (2.11)	0.014
No	3763 (94.79)	2118 (95.71)	1645 (93.63)	
No estoy seguro	138 (3.48)	63 (2.85)	75 (4.27)	
¿En qué servicio de salud te hablaron sobre la PrEP?				
Centro de salud público/Médico general o de familia				
Si	30 (0.76)	16 (0.72)	14 (0.80)	0.790
No	3940 (99.24)	2197 (99.28)	1743 (99.20)	
Clínica privada o mutualista/Médico privado o particular				
Si	25 (0.63)	13 (0.59)	12 (0.68)	0.705
No	3945 (99.37)	2200 (99.41)	1745 (99.32)	
En un hospital como un paciente ambulatorio				
Si	5 (0.13)	1 (0.05)	4 (0.23)	0.107
No	3965 (99.87)	2212 (99.95)	1753 (99.77)	
Una ONG u organización LGBT o del VIH				
Si	9 (0.23)	2 (0.09)	7 (0.40)	0.043

No	3961 (99.77)	2211 (99.91)	1750 (99.60)	
Otra respuesta	13 (0.33)			
Intentado conseguir PrEP				
Si	287 (7.22)	214 (9.66)	73 (4.15)	0.000
No	3688 (92.78)	2002 (90.34)	1686 (95.85)	
Uso de PrEP				
No	3924 (98.84)	2182 (98.55)	1742 (99.20)	0.196
Sí, diariamente y todavía la estoy tomando	6 (0.15)	3 (0.14)	3 (0.17)	
Sí, diariamente, pero ya no la estoy tomando	8 (0.20)	6 (0.27)	2 (0.11)	
Sí, cuando la he necesitado, pero no diariamente	23 (0.58)	18 (0.81)	5 (0.28)	
No lo sé	9 (0.23)	5 (0.23)	4 (0.23)	
¿Hablaste con un profesional de salud sobre la PrEP antes de usarla? (Entre los que toman o han tomado PrEP n=37)				
Si	23 (62.16)	17 (62.96)	6 (60.00)	0.869
No	14 (37.84)	10 (37.04)	4 (40.00)	
¿Alguna vez recibiste una receta médica para tomar la PrEP? (Entre los que toma o han tomado PrEP n=37)				
Si	11 (29.73)	8 (29.63)	3 (30.00)	0.983
No	26 (70.27)	19 (70.37)	7 (70.00)	
Escuchado sobre PEP				
Si	1904 (48.02)	1063 (48.16)	841 (47.84)	0.519
No	1631 (41.13)	895 (40.55)	736 (41.87)	
No estoy seguro	430 (10.84)	249 (11.28)	181 (10.30)	
Intentado conseguir PEP				
Si	299 (7.52)	206 (9.30)	93 (5.29)	0.000
No	3675 (92.48)	2010 (90.70)	1665 (94.71)	
Uso de PEP (Entre los que han intentado conseguir PEP n=299)				
No, no pude conseguirla	212 (70.90)	154 (74.76)	58 (62.37)	0.236
No, tuve la oportunidad, pero decidí no tomarla	14 (4.68)	7 (3.40)	7 (7.53)	
Sí, la he tomado una vez	57 (19.06)	35 (16.99)	22 (23.66)	
Sí, la he tomado más de una vez	11 (3.68)	7 (3.40)	4 (4.30)	
No lo sé	5 (1.67)	3 (1.46)	2 (2.15)	

Factores Asociados a la aceptabilidad del uso de la PrEP en hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos

Para evaluar los factores asociados la aceptabilidad del uso de la PrEP, se realizaron dos modelos multivariado, uno crudo y otro ajustado por edad y nivel educacional (Tabla 9). Según lo reportado en el modelo ajustado, el tener pareja estable en los últimos 12 meses se asocia negativamente con la aceptabilidad a usar a PrEP (ORa= 0.77).

Por el contrario, tener sexo sin condón en los últimos 12 meses se asoció positivamente con la aceptabilidad a usar la PrEP (ORa= 1.67) de tal manera que quienes reportan están práctica aumentan en un 67% la Odds de tener una alta aceptabilidad a usar la PrEP. Similar ocurre con quien refieren haber intentado usar PrEP, que también se asoció positivamente con la aceptabilidad a usar la PrEP, de tal manera que haber intentado conseguir la PrEP aumenta en un 99% la Odds de tener alta aceptabilidad a usar al PrEP (ORa=1.99).

Tabla 9 Factores asociados a la aceptabilidad a usar la PrEP en hombres gay y otros HSH auto reportados VIH negativos

Variables	Aceptabilidad PrEP			
	Modelo Crudo		Modelo Ajustado ¹	
	OR (95% IC)	P valor	ORa (95% IC)	P valor
Autopercepción Ingresos Económicos				
Altos	Ref.	-	Ref	-
Medios	1.14(0.99-1.31)	0.062	1.14(0.99-1.31)	0.064
Bajos	1.16(0.96-1.42)	0.129	1.16(0.95-1.41)	0.146
Pareja estable*				
Si	0.77 (0.67-0.89)	0.000	0.77 (0.67-0.89)	0.000
No	Ref.	-	Ref.	-
No estoy seguro	1.09(0.81-1.46)	0.569	1.08(0.81-1.45)	0.605
Sexo sin condón*				
Si	1.67(1.42-1.96)	0.000	1.67 (1.42-1.97)	0.000
No	Ref.	-	Ref.	-
Uso sexualizado de drogas*				
Si	1.15(0.98-1.35)	0.086	1.15(0.98-1.35)	0.092
No	Ref.	-	Ref.	-
Diagnostico de Gonorrea				
Si	1.20(0.97-1.47)	0.094	1.20(0.97-1.47)	0.098
No	Ref.	-	Ref.	-
No lo sé	0.92(0.51-1.65)	0.773	0.92(0.51-1.63)	0.745
Escuchado Sobre PrEP				
Si	1.03(0.90-1.18)	0.675	1.04(0.91-1.20)	0.569
No	Ref.	-	Ref.	-
No estoy seguro	0.96(0.73-1.27)	0.779	0.97(0.74-1.28)	0.735
¿Alguna vez alguien en un servicio de salud te ha hablado de la PrEP?				
Si	0.69(0.41-1.15)	0.154	0.69(0.42-1.15)	0.155
No	Ref.	-	Ref.	-
No estoy seguro	0.71(0.50-1.02)	0.051	0.70(0.49-1.00)	0.051
Intentado conseguir PrEP				
Si	1.99(1.42-2.80)	0.000	1.99 (1.41-2.80)	0.000
No	Ref.	-	Ref.	-
Intento por conseguir PEP				
Si	1.16(0.85-1.62)	0.324	1.18(0.86-1.62)	0.322
No	Ref.	-	Ref.	-

¹ Ajustado por edad y nivel educacional. La bondad de ajuste del modelo multivariado fue evaluada con Test de Hosmer y Lemeshow, Chi²=10.90, P Valor= 0.2076.

*En los últimos 12 meses.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. Primero, al tratarse el instrumento de una Encuesta por internet implica que la muestra de este estudio no sea probabilística y exista riesgo de sesgos de diferentes índoles, limitando la posibilidad de generalizar los resultados. Sin embargo, la encuesta LAMIS-18, tanto en Chile como en los otros países de América Latina en los cuales se llevó a cabo, fue sometida a un riguroso proceso de validación para disminuir eventuales sesgos. Asimismo, la modalidad online de esta encuesta interpone limitaciones en aquellos potenciales participantes poco familiarizados con la tecnología, como es el caso de las personas con mayor edad, o dificultades económicas acceder para internet. Sin embargo, la modalidad online de la encuesta también brinda fortalezas que otra modalidad difícilmente puede ofrecer, ya que al dirigirse a participantes que son considerados población clave o en algunos casos población de difícil acceso, la encuesta online representa una herramienta más accesible para aquellas participantes no tienen la intención de reportarse abiertamente como HSH, y mantener su confidencialidad y anonimato al auto-administrarse la encuesta.

Por otro lado, las características del instrumento (Encuesta por internet y auto-reportada) no permiten realizar preguntas con mayor profundidad o sensibilidad respecto a la temática de la aceptabilidad del uso de la PrEP, motivo por el cual en investigaciones posteriores se indagará de manera cualitativa en estos aspectos.

Otra importante limitación subyace de la ambigüedad y falta de operacionalización de la aceptabilidad del uso de la PrEP en la literatura. En estudios realizados hasta la fecha existen variaciones respecto a la forma de medir la aceptabilidad, así como también las dimensiones de la aceptabilidad del uso de la PrEP.

Discusión

El uso de la PrEP como estrategia adicional para la prevención del VIH resulta efectiva para disminuir el riesgo de adquirir VIH (65) y su implementación como política pública a nivel

mundial resulta indispensable para cumplir con la meta de desarrollo sostenible de poner fin a la epidemia de VIH/SIDA para el año 2030(66).

Los indicadores que brindan los estudios de aceptabilidad, probabilidad y/o intención a usar la PrEP, han sido ampliamente utilizados para evaluar quienes son candidatos o potenciales usuarios de la PrEP(67), así como también para estimar brechas en la implementación de la PrEP en los países. Así, por ejemplo, en la Unión Europea a pesar de que diversos países ya han implementado la PrEP como estrategia preventiva para el VIH, se ha recurrido a estudios de la aceptabilidad del uso de la PrEP para estimar que aproximadamente 500,000 HSH que tienen muchas probabilidades de usar PrEP no han podido acceder a ella actualmente(68). Estas mediciones permiten objetivar las brechas en la implementación de la PrEP en las diversas Regiones y entender las oportunidades que brindan estrategias biomédicas de este tipo en relación a la prevención de las nuevas infecciones por VIH en la población de hombre gay y otros HSH (68).

El presente estudio, se basa en los resultados de la Encuesta LAMIS-Chile 2018 y tiene un carácter de inédito ya que es el primer estudio en Chile que indaga sobre la aceptabilidad a usar de la PrEP en hombres gay y otros HSH en Chile previo a la implementación de la PrEP como estrategia de prevención por parte del Ministerio de Salud, la cual se materializó el año 2019. Asimismo, ha permitido identificar los principales factores asociados a la aceptabilidad a usar la PrEP y otros aspectos relacionados, lo que permite conocer las características de los potenciales usuarios, así como también, discutir respecto a debilidades en la posterior implementación de esta estrategia preventiva en Chile.

En primer lugar, los hallazgos del estudio sugieren que la aceptabilidad para usar la PrEP en hombre gay y otros HSH fue relativamente alta, alcanzando un 55.73%, resultado que no difiere mayormente de la estimación global de aceptabilidad a usar la PrEP calculada que corresponde a un 57.8%(58). A pesar que la escala de evaluación de aceptabilidad o probabilidad a usar la PrEP no esta estandarizada, al comparar la aceptabilidad de la PrEP de hombre gay y otros HSH en Chile con otros países de la Región, en Chile en general resulta menor a otros países como México, Brasil y Perú en donde la probabilidad a usar la PrEP estimada fue de 70.1%, 62.5% y 57.6% respectivamente(62). Algo similar ocurre al

comparar con lo reportado en un metaanálisis que evaluó la probabilidad a usar la PrEP en países de bajo y medianos ingresos donde la proporción fue de un 64.4%(69).

Las diferencias en cuanto a la aceptabilidad a usar la PrEP en otros países de la región (Perú, Brasil y México) podrían explicarse por diferentes razones: 1) Los HSH de dichos países reportan un alto conocimiento sobre la PrEP dado el porcentaje que HSH que han escuchado hablar sobre lo PrEP es de un 64.92% (superior al valor reportado en Chile). 2)La amplia difusión de la PrEP en estos países puede deberse a la existencia de programas de prevención combinada dirigidos a población clave entre ellos los HSH, y a los proyectos de implementación de PrEP que se han estado desarrollando en estos 3 países desde el año 2017 (IMPrEP). Mientras que, en Chile, no contamos con programas o servicios de prevención combinada dirigidos población clave en nuestro sistema de salud.

En cuanto a las características de los hombres gay y otros HSH que presentaron alta aceptabilidad a usar la PrEP, si bien la edad no se asoció significativamente con la aceptabilidad, se observó que los HSH con alta aceptabilidad eran mayormente jóvenes. Diversos estudios (58,60,69) han identificado que la edad se asocia positivamente con la aceptabilidad a usar la PrEP, siendo las personas jóvenes las que presentan mayor disposición. En Chile según los datos de ONUSIDA(1), se ha estimado que la incidencia de VIH ha incrementado en 34% en los últimos años, según datos del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) en aprox. un 100% entre 2012 y 2019, pasando de 3395 a 6720 casos diagnosticados respectivamente(70). Según datos del proyecto VIBIMOS (vigilancia Bioconductual y Monitorización Social del VIH en Chile), la prevalencia de VIH en la población de hombres gay y otros HSH es de 25,1% en el grupo etario de 25 a 34 años y de 36,4% entre los de 35 a 44 años(3). Considerando estas cifras, que ponen a Chile liderando las nuevas infecciones en la Región, la edad resulta un aspecto relevante a considerar en la implementación y planificación de estrategias preventivas para el VIH como la PrEP.

Del mismo modo, en el presente estudio la proporción de participantes que reportó percibir tener un mayor nivel educacional, fue mayor en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP. En el modelo de regresión, el nivel educacional demostraron asociarse significativamente con la aceptabilidad a usar la PrEP, no obstante, existen diversos estudios que reportan esta asociación, en donde se ve que los hombres gay y otros HSH tienen un nivel educacional más alto (58,69,71) tiene una aceptabilidad significativamente más alta a

usar la PrEP. Con lo cual, es importante considerar y abordar estos aspectos para una exitosa implementación de PrEP, tanto para la difusión de la estrategia como para promover una mejor aceptación en los grupos con baja aceptabilidad.

En relación a la situación de pareja, un 63.57% de los hombres gay y otros HSH participantes que tenían una alta aceptabilidad a usar la PrEP eran solteros (es decir, no se encontraban en una relación de pareja estable), mientras que un 30.45% se encontraba en una relación de pareja estable. Al comparar con el grupo que reportó baja aceptabilidad a usar la PrEP, la proporción de HSH que se encontraban en una relación estable fue superior (37.96%), mientras que la proporción de HSH que reportaron encontrarse en una relación estable desciende a un 57.09%. En el modelo de regresión, estar en una relación de pareja estable se asoció negativamente con la aceptabilidad a usar la PrEP ($ORa= 0.77$), lo que concuerda con hallazgos de otros estudios (69,72) en los cuales se manifiesta que los HSH que se encuentran en una relación de parejas estables y/o monógama, perciben menor riesgo de contraer VIH y en consecuencia disminuye su aceptabilidad a usar la PrEP(72). Asimismo, al aumentar el número de parejas se observa una mayor aceptabilidad a usar la PrEP (63) dado que algunas experiencias reportan que un elemento facilitador para presentar una alta aceptabilidad a usar la PrEP es que los potenciales usuarios valoran la libertad mantener de relaciones sexuales con varias parejas(73).

Otro de los factores que demostró asociarse fuertemente a la aceptabilidad a usar la PrEP es la prevalencia de las relaciones sexuales sin condón, donde tener sexo sin condón en los últimos 12 meses aumenta en un 67% la Odds de tener alta aceptabilidad ($ORa=1.67$). Esta asociación ha sido sistemáticamente reportada en la literatura(58,60,67,71) y se explica pues aquellas personas que perciben tener comportamientos que conllevan a una mayor exposición al VIH, están más dispuestos a usar PrEP por lo que presentan una alta aceptabilidad a usar la PrEP(67).

Asimismo, una práctica sexual emergente que se ha visto relacionada a una alta probabilidad de tener relaciones sexuales sin condón y por tanto puede conllevar a una mayor exposición al VIH y otras ITS, es el CHEMSEX o uso sexualizado de drogas (USD) (74). En nuestro estudio se identificó una prevalencia (23,35%) de uso sexualizado de drogas durante los últimos 12 meses en aquellos HSH con alta aceptabilidad a usar la PrEP. Si bien, al incorporar esta variable al modelo de regresión no resultó ser un factor asociado a la aceptabilidad de usar la PrEP, diversos estudios han documentado esta asociación(67,75).

Hallazgos de la literatura indican que los hombres gay y otros HSH con experiencias de USD o CHEMSEX son buenos candidatos y en general tienen una alta disposición a usar PrEP (75). Si bien en Chile el USD es una práctica emergente, el fenómeno está presente por lo que debería ser considerado en las estrategias de implementación de la PrEP, además, en la literatura se ha descrito una mayor prevalencia de USD en personas que viven con VIH, junto con la práctica de conductas sexuales que determinan una mayor transmisión del VIH y otras ITS(74,76,77).

En el estudio, el 71.25% de la muestra manifestó estar satisfecho con su vida sexual y al valorar la Escala de Homonegatividad Internalizada (HI), cuya mediana fue de 2, resultó ser baja. Ninguno de estos aspectos se asoció significativamente con la aceptabilidad a usar la PrEP, no obstante, son aspectos de la sexualidad que deben ser explorados a la hora de planificar las estrategias de implementación de la PrEP. Cabe señalar, que el placer y la intimidad son aspectos que influyen en la calidad de vida de las personas y puede ser un factor importante a considerar en la decisión para adoptar medios de prevención relacionados al VIH(39).

Por otro lado, los hallazgos muestran que sólo un 51.61% de la muestra había oído hablar de la PrEP, lo cual en el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP era levemente superior (53.25%), así también, sólo a un 1.74% de la muestra le habían hablado sobre la PrEP en un Servicio de Salud. Al analizar estos datos, queda en evidencia la falta de difusión de la PrEP en la comunidad, aspecto relevante dado que un paso importante para acceder a una intervención de salud es estar informado de su existencia y alcances, más aun si se trata de una estrategia emergente como la PrEP(69). La literatura respalda la importancia de la difusión de la PrEP, diversos estudios indican que en aquellos hombre gay y otros HSH que desconocen la PrEP aumentan significativamente su disposición a usarla luego de ser informados respecto a su uso(69,71).

Asimismo, en este estudio se pudo identificar que el conocimiento respecto a las modalidades de uso de la PrEP en los hombres gay y otros HSH es en general bajo. Un 40% de los participantes estaban en conocimiento que la PrEP puede ser usada por personas seronegativas antes y después de tener relaciones sexuales para prevenir el VIH, un 30% sabía que la PrEP se puede tomar diariamente cuando no se sabe si se tendrá relaciones sexuales de antemano y solamente el 12% estaba en conocimiento de la dosis de PrEP a

demanda o “régimen 2-1-1” cuando se sabe de antemano que se tendrán relaciones sexuales. Al comparar entre los grupos con alta y baja aceptabilidad, no se observaron grandes diferencias. Si bien, en el momento en el cual se llevó a cabo la encuesta no se encontraba disponible la PrEP como estrategia de prevención en los Servicios de Salud en Chile, actualmente el nivel de conocimiento sobre la PrEP entre este grupo puede haber aumentado, así como también su aceptabilidad a usarla. Sin embargo, la falta de conocimiento sobre la PrEP a sido documentada como una importante barrera para su implementación (78,79) y la literatura relacionada a los estudios de aceptabilidad muestra la importancia de informar a las poblaciones objetivo antes de la implementación ya que un bajo conocimiento sobre la PrEP se asocia a una baja aceptabilidad a usarla(69,73,80). En consecuencia, estos hallazgos sugieren que, antes de la implementación de una estrategia preventiva de este tipo, la educación y la entrega de información a las poblaciones objetivo debe ser una prioridad.

Este estudio también brinda información respecto a los intentos por conseguir PrEP y uso de PrEP previo a la implementación de esta estrategia en algunos establecimientos de Salud públicos. Respecto a los intentos por conseguir PrEP se estimó que 287 participantes del total de la muestra (7,22%) manifestó haber intentado conseguirla, y al comparar entre los grupos según su aceptabilidad a usar la PrEP fue superior el grupo con alta aceptabilidad a usar la PrEP. Esta asociación que persiste en el modelo de regresión en donde los intentos por conseguir PrEP representan un factor asociado a la aceptabilidad a usar la PrEP (ORa=1.99). En este estudio no se indaga respecto a las motivaciones de los participantes para haber intentado conseguir la PrEP, no obstante, la literatura indica que una mayor percepción de riesgo y conductas que conllevan a una mayor exposición al VIH son determinantes para el uso de PrEP(81,82), y por tanto para una mayor aceptabilidad.

Asimismo, al indagar respecto un uso de PrEP sólo un 12,89% (n:37) de los participantes que habían intentado conseguir la PrEP manifestaron tomar o haber tomado la PrEP alguna vez. Esto resulta relevante pues nos habla de un porcentaje importante de personas que queriendo utilizar la PrEP como medida preventiva, no accede a ella. De este modo, los estudios de aceptabilidad no solo toman importancia al estimar el nivel de aceptación de la PrEP en la población, sino que también cobran relevancia cuando a través de ellos es posible

estimar brechas en el acceso. Otra bondad de estos estudios es que permite conocer la realidad local y las características de aquellos grupos con alta y baja aceptabilidad y generar estrategias específicas para promover una mayor aceptación de la PrEP en las comunidades. Finalmente, como vimos anteriormente, con datos de aceptabilidad fue posible identificar que en Europa 500,000 HSH no han podido acceder a la PrEP, aun teniendo alta aceptabilidad(68).

En cuanto a la implementación de la PrEP como política pública, la experiencia internacional ha permitido que expertos en la materia realicen una serie de recomendaciones previo a su implementación, entre ellas; involucrar ampliamente a las comunidades en el desarrollo de la política pública y como actor clave en la implementación, promover el conocimiento de la PrEP, desarrollar estrategias para apoyar la adherencia y estimular la demanda de la PrEP, así como también abordar barreras estructurales y mejora de la formación de proveedores de PrEP (clínicos y no clínicos)(41). Tras la reciente implementación de la PrEP en Chile en el año 2019 por parte del Ministerio de Salud, se pueden identificar diversas debilidades en esta política de prevención. Una de las debilidades, como hemos mencionado previamente, es su escasa vinculación comunitarias dado que antes de su implementación no se realizó un levantamiento información para considerar la opinión y características de los potenciales usuarios a los cuales se dirige esta política pública de salud y tampoco vincula a las organizaciones comunitarias en la implementación. En tanto, no es una estrategia prevención con enfoque comunitario.

La experiencia internacional relacionada y OMS, enfatizan en la importancia de involucrar a las comunidades en la implementación de la PrEP(83,84). En algunos países como Kenia, Uganda, Nigeria, entre otros, se ha documentado la inclusión de la comunidad en Proyectos de Demostración (“Demonstration Project”) para explorar el uso de la PrEP fuera del entorno de los Ensayos Clínicos, donde sus experiencias han logrado demostrar que la participación de la comunidad y de las organizaciones comunitarias es un factor crítico para la educación, la generación de demanda, la disipación de rumores y el apoyo a la adherencia de la PrEP, además de crear un ambiente propicio para lograr una amplia aceptación de la PrEP desde los líderes comunitarios hasta sus bases(84). Otra experiencia de estrategia de base comunitaria es el caso de Francia donde se incluye a las organizaciones comunitarias como

el vínculo entre el la comunidad y los servicios de salud en las etapas de ingreso, control y seguimiento de los Programas de PrEP(47).

Otro de los elementos importantes respecto a la implementación de la PrEP, es que esta sea implementada en el marco de la prevención combinada del VIH(34). En ese sentido, se entiende como estrategias de prevención combinada al conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas(85). Entendiendo que ninguna estrategia de prevención funciona de manera aislada y que para lograr una reducción en las nuevas infecciones de VIH es necesaria una sinergia entre las diferentes intervenciones.

Así, dado que Chile es el país con el mayor aumento de nuevos casos de VIH de América Latina y que la epidemia se encuentra concentrada, urge acoger las recomendaciones internacionales y las experiencias exitosas de otros países para lograr una correcta planificación e implementación de la PrEP en el país. Esto podría permitir que poblaciones clave, como lo son los hombres gay y otros HSH, accedan no solo al consumo de la PrEP como medicamento para prevenir el VIH sino también, a las ventajas que tienen la implementación de estrategias de prevención combinada en cuanto también abordan aspectos estructurales relacionados con la infección por VIH.

Conclusiones

La aceptabilidad para usar la PrEP en hombres gay y otros HSH que desconocían su estado serológico o se auto-reportaron como seronegativos en la encuesta LAMIS Chile-2018, resultó ser relativamente alta, alcanzando un 55.61%. Asimismo, en este estudio se mostró que la aceptabilidad a usar la PrEP se encuentra asociada positivamente con aspectos relacionados a una mayor percepción y conductas de riesgo que conllevan a una mayor exposición al VIH como el hecho de tener relaciones sexuales sin condón y de haber intentado conseguir PrEP, y se asocia negativamente con tener una relación con pareja estable.

Los hallazgos de este estudio dejan en evidencia la necesidad de realizar intervenciones para aumentar el conocimiento sobre la PrEP en la comunidad y en los potenciales usuarios de PrEP, y por tanto promover una mayor aceptabilidad y demanda del uso de la PrEP.

Por otro lado, los hallazgos de este estudio entregan información valiosa para apoyar la implementación de la estrategia chilena de PrEP. Por consiguiente, resulta necesario involucrar ampliamente a las comunidades en la implementación de la PrEP, en el sentido de incluir la participación de actores comunitarios (no clínicos) para promover el uso de la PrEP y vincular a los potenciales usuarios con los servicios de entrega de PrEP.

Asimismo, la reformulación de los servicios de entrega de PrEP resultan determinantes para el éxito de esta estrategia, dado que actualmente los servicios de PrEP se ubican a nivel Hospitalario en centros de atención para personas que viven con el VIH y/o Unidades de atención de ITS (UNACESS), lo que genera una barrera de acceso para los potenciales usuarios que no están familiarizados con el Sistema público de Salud. Para hacer estos servicios más accesibles para la comunidad de hombres Gay y otros HSH se podría considerar implementar la entrega de PrEP en Centros de Atención Primaria, considerando la participación de organizaciones comunitarias como para el vinculo de entrada a estos servicios y contar con personal clínico altamente capacitado en materias de atención integral, VIH/ITS y libre de estigmas.

Adicionalmente, para que la estrategia de PrEP genere un real impacto en la disminución nuevos casos de infecciones por VIH en la población, se debería considerar el acceso universal de la PrEP en todas las personas interesadas y que se encuentren con riesgo sustancial de contraer VIH. En este sentido, la estrategia no debería estar orientada exclusivamente a personas con previsión FONASA, sino que deberían acceder a estos servicios todos las personas interesadas sin importar su previsión o situación socioeconómica, dado que el beneficio en materias de seguimiento y prevención es superior. Así como también, debería estar disponible en todas las regiones de país y en particular en aquellas que cuentas con mayor incidencia de VIH como es el caso de Arica y Parinacota y Tarapacá.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNAIDS. UNAIDS data 2019 [Internet]. Geneva; 2019 [cited 2019 Jul 26]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
2. Ministerio de Salud de Chile. INFORME ANUAL INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CHILE, 2018.
3. Stuardo Ávila V, Fuentes Alburquenque M, Muñoz R, Bustamante Lobos L, Faba A, Belmar Prieto J, et al. Prevalence and Risk Factors for HIV Infection in a Population of Homosexual, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in the Metropolitan Region of Chile: A Re-emerging Health Problem. *AIDS Behav* [Internet]. 2019;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02486-9>
4. Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J, et al. The global response to HIV in men who have sex with men. *Lancet* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Aug 17];388(10040):198–206. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616307814>
5. Bekker L-G, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2018 Jul 28 [cited 2019 Aug 15];392(10144):312–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30032975>
6. Spinner CD, Boesecke C, Zink A, Jessen H, Stellbrink HJ, Rockstroh JK, et al. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): a review of current knowledge of oral systemic HIV PrEP in humans. *Infection*. 2016;44(2):151–8.
7. Soto Ramírez LE. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Rev Investig clínica* [Internet]. 2004 [cited 2019 Nov 3];56(2):143–52. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA [Internet]. Nota descriptiva. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
9. Beyrer C, Baral SD, Walker D, Wirtz AL, Johns B, Sifakis F. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low-and middle-income countries: Diversity and consistency. *Epidemiol Rev*. 2010;32(1):137–51.
10. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva; 2016.
11. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk. *AIDS* [Internet]. 2014 Jun 19 [cited 2019 Aug 24];28(10):1509–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24809629>
12. Beyrer C, Baral SD, Van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al.

- Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Vol. 380, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2012. p. 367–77.
13. Goodreau SM, Golden MR. Biological and demographic causes of high HIV and sexually transmitted disease prevalence in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2007 Oct;83(6):458–62.
 14. MINSAL. Boletín epidemiológico trimestral infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Chile [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 13]. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/04/BET_VIH_MARZO_2019.pdf
 15. Onusida. Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020 — Acelerar la prevención del VIH para reducir el número de nuevas infecciones en un 75% [Internet]. 2020 [cited 2019 Aug 4]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_es.pdf
 16. UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections A UNAIDS Discussion Paper [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 4]. Available from: www.unaids.org
 17. Dehne KL, Dallabetta G, Wilson D, Garnett GP, Laga M, Benomar E, et al. HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. *Lancet HIV* [Internet]. 2016;3(7):e323–32. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30035-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30035-2)
 18. ECDC. HIV and STI prevention among men who have sex with men. 2015. 34 p.
 19. Strömdahl S, Hickson F, Pharris A, Sabido M, Baral S, Thorson A. A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe. *Eurosurveillance.* 2015;20(15):1–20.
 20. Brown A, Gill O, Delpech V. HIV treatment as prevention among men who have sex with men in the UK: is transmission controlled by universal access to HIV treatment and care? *HIV Med* [Internet]. 2013 Oct [cited 2019 Aug 5];14(9):563–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23890150>
 21. Health Organization W. HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, and Care for Key Populations - 2016 Update. 2018 IEEE Sensors Appl Symp SAS 2018 - Proc [Internet]. 2016;2016 Updat(July):180. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=1>
 22. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, DC; 2012.
 23. Wiysonge CSU, Kongnyuy EJ, Navti OB, Muula AS. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. Wiysonge CSU, editor. Cochrane Database

- Syst Rev [Internet]. 2011 Jun 15 [cited 2019 Jul 14];(6). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007496>
24. Sharma SC, Raison N, Khan S, Shabbir M, Dasgupta P, Ahmed K. Male circumcision for the prevention of human immunodeficiency virus (HIV) acquisition: a meta-analysis. *BJU Int* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2019 Jul 14];121(4):515–26. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/bju.14102>
 25. Yuan T, Fitzpatrick T, Ko N-Y, Cai Y, Chen Y, Zhao J, et al. Circumcision to prevent HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis of global data. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2019 Jul 14];7(4):e436–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30879508>
 26. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection : recommendations for a public health approach. 429 p.
 27. WHO. Guideline on When To Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for Hiv. *World Heal Organ* [Internet]. 2015;(September):78. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>
 28. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 Sep 18 [cited 2019 Aug 5];375(9):830–9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1600693>
 29. Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Módulo 1: Profesionales clínicos [Internet]. Washington DC; 2018. Available from: www.paho.org/permissions.
 30. Eurosurveillance. Special edition:PrEP HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) [Internet]. 2018. Available from: https://www.eurosurveillance.org/upload/site-assets/imgs/Special_Issue_HIV-web.pdf
 31. Riddell J, Amico KR, Mayer KH. HIV preexposure prophylaxis: A review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;319(12):1261–8.
 32. Patterson KB, Prince HA, Kraft E, Jenkins AJ, Nicholas J, Rooney JF, et al. Penetration of Tenofovir and Emtricitabine in Mucosal Tissues: Implications for Prevention of HIV-1 Transmission. *Sci Transl Med*. 2011;3(112).
 33. Saag MS, Benson CA, Gandhi RT, Hoy JF. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: 2018 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel HHS Public Access. *JAMA*. 2018;845(4):379–96.
 34. OPS. Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH [Internet]. Washington, DC; 2018. Available from: www.paho.org/permissions.
 35. BHIVA/BASHH. Guidelines on the use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 28]. Available from:

- <https://www.bhiva.org/file/5b729cd592060/2018-PrEP-Guidelines.pdf>
36. Blumenthal J, Haubrich RH. Will risk compensation accompany pre-exposure prophylaxis for HIV? *Virtual Mentor*. 2014;16(11):909–15.
 37. Castro DR, Delabre RM, Molina J-M. Give PrEP a chance: moving on from the “risk compensation” concept. 2019; Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25351/full>
 38. Calabrese SK, Underhill K. How stigma surrounding the use of HIV preexposure prophylaxis undermines prevention and pleasure: A call to destigmatize “truvada whores.” Vol. 105, *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc.; 2015. p. 1960–4.
 39. Mabire X, Puppo C, Morel S, Mora M, Rojas Castro D, Chas J, et al. Pleasure and PrEP: Pleasure-Seeking Plays a Role in Prevention Choices and Could Lead to PrEP Initiation. *Am J Mens Health*. 2019 Feb 1;13.
 40. Golub SA. PrEP Stigma: Implicit and Explicit Drivers of Disparity. [cited 2019 Aug 17]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884731/pdf/nihms944529.pdf>
 41. Cáceres CF, Borquez A, Klausner JD, Baggaley R, Beyrer C. Implementation of pre-exposure prophylaxis for human immunodeficiency virus infection: progress and emerging issues in research and policy. 2016 [cited 2019 Aug 17]; Available from: <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.7.21108>
 42. Rivet Amico K, Bekker LG. Global PrEP roll-out: recommendations for programmatic success. Vol. 6, *The Lancet HIV*. Elsevier Ltd; 2019. p. e137–40.
 43. Underhill K, Research Fellow Dp, Operario D, Professor P, Skeer M, Research Fellow Mswp, et al. Packaging PrEP to Prevent HIV: An Integrated Framework to Plan for Pre-Exposure Prophylaxis Implementation in Clinical Practice [Internet]. Vol. 55, *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010 [cited 2019 Aug 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058525/pdf/nihms221714.pdf>
 44. McCormack SM, Nosedá V, Molina J-M. PrEP in Europe - expectations, opportunities and barriers. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 24];19(7(Suppl 6)):21103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27760681>
 45. Marcus JL, Volk JE, Pinder J, Liu AY, Bacon O, Hare CB, et al. Successful Implementation of HIV Preexposure Prophylaxis: Lessons Learned From Three Clinical Settings. *Curr HIV/AIDS Rep* [Internet]. 2016 Apr 22 [cited 2019 Sep 15];13(2):116–24. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11904-016-0308-x>
 46. Myers JE, Edelstein ZR, Daskalakis DC, Gandhi AD, Misra K, Rivera A V., et al. Preexposure Prophylaxis Monitoring in New York City: A Public Health Approach. *Am J Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 25];108(Suppl 4):S251. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6215383/>
 47. AIDES. PrEP instructions for use [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 28]. Available

from:

https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/aides_guide_prep_2018_en.pdf

48. NASCOP. Framework for the Implementation of Pre-exposure Prophylaxis of HIV in Kenya [Internet]. For clarifications contact National AIDS and STI Control Program (NASCOP) on P.O. Box. 2017 [cited 2019 Sep 15]. Available from: www.nascop.or.ke
49. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas [Internet]. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas;4. Washington DC: OPS; 2010 [cited 2019 Aug 24]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31323>
50. Diepeveen S, Ling T, Suhrcke M, Roland M, Marteau TM. Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
51. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
52. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of health care interventions: A theoretical framework and proposed research agenda. *Br J Health Psychol*. 2018;23(3):519–31.
53. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ* [Internet]. 2015 Mar 19 [cited 2019 Jun 30];350:h1258. Available from: <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>
54. Young I, McDaid L. How acceptable are antiretrovirals for the prevention of sexually transmitted HIV?: A review of research on the acceptability of oral pre-exposure prophylaxis and treatment as prevention. Vol. 18, *AIDS and Behavior*. 2014. p. 195–216.
55. Nideröst S, Gredig D, Hassler B, Uggowitz F, Weber P. The intention to use HIV-pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men in Switzerland: testing an extended explanatory model drawing on the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT). *J Public Heal*. 2018 Jun 1;26(3):247–59.
56. Mensch BS, Katzen LL, Van der Straten A. Acceptability in Microbicide and PrEP Trials: Current Status and a Reconceptualization. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;7(6):534–41.
57. Holt M. HIV pre-exposure prophylaxis and treatment as prevention: A review of awareness and acceptability among men who have sex with men in the Asia-Pacific region and the Americas. Vol. 11, *Sexual Health*. CSIRO; 2014. p. 166–70.
58. Peng P, Su S, Fairley CK, Chu M, Jiang S, Zhuang X, et al. A Global Estimate of the

- Acceptability of Pre-exposure Prophylaxis for HIV Among Men Who have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav.* 2018 Apr 1;22(4):1063–74.
59. Aghaizu A, Mercey D, Copas A, Johnson AM, Hart G, Anthony Nardone. Who would use PrEP? Factors associated with intention to use among MSM in London: a community survey. *Sex Transm Infect.* 2013;89:207–11.
 60. Frankis J, Young I, Flowers P, McDaid L. Who will use pre-exposure prophylaxis (PrEP) and why?: Understanding PrEP awareness and acceptability amongst men who have sex with men in the UK - A mixed methods study. *PLoS One.* 2016;11(4):1–15.
 61. Chuang M, Newman P. Pre-exposure prophylaxis (PREP) awareness and acceptability among men who have sex with men in Taiwan. *AIDS Educ Prev.* 2018;30(6):490–501.
 62. Torres TS, Konda K, Vega-Ramirez EH, Elorreaga Reyes OA, Diaz-Sosa D, Hoagland B, et al. Awareness and factors associated with willingness to use Pre-exposure prophylaxis (PrEP) in Brazil, Mexico and Peru: an online survey among men who have sex with men (MSM) (Preprint). *JMIR Public Heal Surveill* [Internet]. 2019 Feb 21; Available from: <http://preprints.jmir.org/preprint/13771/accepted>
 63. Lim SH, Mburu G, Bourne A, Pang J, Wickersham JA, Wei CKT, et al. Willingness to use pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among men who have sex with men in Malaysia: Findings from an online survey. *PLoS One.* 2017 Sep 1;12(9).
 64. Olivero R, Domínguez A, Malpica CC. Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta Bioeth* [Internet]. 2008 [cited 2019 Oct 24];14(1):90–6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 65. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS* [Internet]. 2016 Jul 31 [cited 2020 Aug 2];30(12):1973–83. Available from: </pmc/articles/PMC4949005/?report=abstract>
 66. Onusida. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. 2016.
 67. Bourne A, Alba B, Garner A, Spiteri G, Pharris A, Noori T. Use of, and likelihood of using, HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Europe and Central Asia: Findings from a 2017 large geosocial networking application survey. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2020 Aug 2];95(3):187–92. Available from: </pmc/articles/PMC6580743/?report=abstract>
 68. Hayes R, Schmidt AJ, Pharris A, Azad Y, Brown AE, Weatherburn P, et al. Estimating the 'PrEP Gap': how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and Central Asia in 2019. *Eurosurveillance* [Internet]. 2019 Oct 10;24(41). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.41.1900598>
 69. Yi S, Tuot S, Mwai GW, Ngini C, Chhim K, Pal K, et al. Awareness and willingness to

- use HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis: A. Vol. 20, Journal of the International AIDS Society. Wiley Blackwell; 2017.
70. Instituto de Salud Pública. VIGILANCIA DE LABORATORIOS | Instituto de Salud Pública de Chile [Internet]. [cited 2020 Sep 20]. Available from: http://www.ispch.cl/biomedicos/subdepto_enf_virales/sida/vigilancia
 71. Uthappa CK, Allam RR, Pant R, Pal S, Dinaker M, Oruganti G, et al. Pre-exposure prophylaxis: awareness, acceptability and risk compensation behaviour among men who have sex with men and the transgender population. *HIV Med.* 2018 Apr 1;19(4):243–51.
 72. Bourne A, Cassolato M, Thuan Wei CK, Wang B, Pang J, Lim SH, et al. Willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM) in Malaysia: Findings from a qualitative study: Findings. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1).
 73. Ahouada C, Diabaté S, Gning NN, Hessou S, Batona G, Guédou FA, et al. Acceptability of pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men (MSM) in Benin: a qualitative study. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV.* 2019 Feb 1;
 74. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2019;63:74–89. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
 75. Wang Z, Mo PKH, Ip M, Fang Y, Lau JTF. Uptake and willingness to use PrEP among Chinese gay, bisexual and other men who have sex with men with experience of sexualized drug use in the past year. *BMC Infect Dis.* 2020 Dec;20(1).
 76. Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2020 Sep 20];19(7):485–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29790254/>
 77. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2020 Sep 20];32(3):112–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29620925/>
 78. Pinto RM, Berringer KR, Melendez R, Mmeje O. Improving PrEP Implementation Through Multilevel Interventions: A Synthesis of the Literature [Internet]. Vol. 22, *AIDS and Behavior*. Springer New York LLC; 2018 [cited 2020 Aug 1]. p. 3681–91. Available from: </pmc/articles/PMC6208917/?report=abstract>
 79. Mayer KH, Agwu A, Malebranche D. Barriers to the Wider Use of Pre-exposure Prophylaxis in the United States: A Narrative Review [Internet]. Vol. 37, *Advances in Therapy*. Adis; 2020 [cited 2020 Sep 20]. p. 1778–811. Available from:

- /pmc/articles/PMC7467490/?report=abstract
80. Ogunbajo A, Leblanc NM, Kushwaha S, Boakye F, Hanson S, Smith MDR, et al. Knowledge and Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men (MSM) in Ghana. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2019;
 81. Young I, Flowers P, McDaid LM. Barriers to uptake and use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) among communities most affected by HIV in the UK: Findings from a qualitative study in Scotland. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 9];4(11). Available from: /pmc/articles/PMC4244494/?report=abstract
 82. Krakower DS, Mimiaga MJ, Rosenberger JG, Novak DS, Mitty JA, White JM, et al. Limited awareness and low immediate uptake of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men using an internet social networking site. *PLoS One* [Internet]. 2012 Mar 28 [cited 2020 Sep 9];7(3). Available from: /pmc/articles/PMC3314648/?report=abstract
 83. Organización Mundial de la Salud (OMS). Herramienta De La Oms Para La Implementación De La Profilaxis Previa a La Exposición Al VIH. Módulo 2 Educadores Y Defensores Comunitarios [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 20]. Available from: www.paho.org/permissions.
 84. Reza-Paul S, Lazarus L, Jana S, Ray P, Mugo N, Ngure K, et al. Community Inclusion in PrEP Demonstration Projects: Lessons for Scaling Up. *Gates Open Res* [Internet]. 2019 Dec 17 [cited 2020 Sep 20];3:1504. Available from: /pmc/articles/PMC6943951/?report=abstract
 85. Organización Panamericana de la Salud. Prevención Combinada de la Infección por el VIH - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2020 Sep 21]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih>

ANEXOS

Anexo 1_ Estructura de Encuesta LAMIS-2018.

ITEM	Nº Preg	Dirigida a
Identidad de género (IG): IG, sexo asignado al nacer, edad	3	Todes
País de Residencia	2	Todes
País de nacimiento	4	Nacidos en otro país
Tu sexualidad: preguntas sobre orientación sexual	3	Todes
Cómo te sientes con tu sexualidad	2	Todes
Relaciones: indagar sobre relación de pareja	5	Todes
Tu relación con mujer/mujeres	2	Sólo para quienes responder estar en pareja con una mujer
Tus relaciones con una persona/personas no-binaria(s)	2	Sólo para quienes responder estar en pajera con persona no binaria
¿Conocías la siguiente información sobre el VIH y la prueba del VIH? Sobre diagnóstico	2	Todes
¿Conocías la siguiente información sobre el tratamiento para el VIH?: sobre tratamiento	1	Todes
Prueba del VIH: resultados prueba VIH, ofrecimiento, entre otros	4	Todes
Ser diagnosticado con el VIH: información relacionada al diagnóstico de VIH	4	Sólo para personas con resultado (+) de VIH
Seguimiento de tu infección por el VIH	9	Sólo para personas con resultado (+) de VIH
Sobre tu última prueba del VIH	3	Sólo para personas sin resultado (+) de VIH
Sobre la Profilaxis Postexposición (PEP) para el VIH: conocimiento, conciencia, uso, intentos por conseguir	8	Todes y perfil específico
Sobre la Profilaxis Pre Exposición (PrEP) para el VIH: conocimiento y conciencia de la PrEP	4	Todes
Sobre la Profilaxis Pre Exposición (PrEP) para el VIH: intentos por conseguir, uso y aceptabilidad.	7	Todes y Sólo para quienes refieren tener resultado (-) VIH o desconocer su estado serológico (Aceptabilidad)
Sobre las hepatitis virales: Conocimiento	1	Todes

Sobre la vacunación contra la hepatitis	5	Todes
Sobre la hepatitis C	4	Todes
Pruebas para otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): realización de otras pruebas de ITS, no VIH	4	Todes y perfil específico
¿Qué pasó durante la realización de las pruebas de ITS en los últimos 12 meses?: sobre el tipo de muestra y examen.	9	Para quienes se realizaron una prueba hace menos de 12 meses
Ser diagnosticado con alguna infección de transmisión sexual (ITS): pregunta sobre diagnósticos de sífilis, gonorrea, chlamydia, verrugas anales o genitales	10	Todes
Sobre el sexo con hombres: se utiliza la palabra "sexo" para referir desde contacto físico a orgasmo (o cerca al orgasmo), para uno o ambos miembros de una pareja.	3	Todes
Sobre el sexo con hombres: Preguntas sobre penetración.	3	Sólo para quienes refieres haber tenido sexo (cualquier contacto sexual) con un hombre
Sobre el sexo con parejas estables masculinas: Preguntas sobre parejas estables durante los últimos 12 meses, relaciones con penetración y uso o no de condón.	4	Sólo para quienes refieres haber tenido sexo (cualquier contacto sexual) con un hombre, en los últimos 12 meses
Sobre el sexo con parejas ocasionales masculinas: Preguntas sobre parejas ocasionales durante los últimos 12 meses, relaciones con penetración y uso o no de condón.	4	Sólo para quienes refieres haber tenido sexo (cualquier contacto sexual) con un hombre en los últimos 12 meses
Sobre la penetración con parejas ocasionales masculinas.	6	Sólo para quienes han practicado penetración con una o mas parejas ocasionales en los últimos 12 meses
Sobre la última vez que tuviste sexo con una pareja ocasional masculina.	1	Sólo para quienes responden haber tenido sexo con alguna pareja ocasional masculina en los últimos 12 meses

<p>Si el último encuentro sexual fue con una pareja ocasional o trío con pareja estable:(1) Sobre el lugar de ocurrencia, lugar donde se conocieron, sobre estado serológico. (2) sobre penetración, uso de preservativo, eyaculación entre otras practicas durante la relación sexual.</p>	18	<p>Sólo para quienes responden haber tenido sexo con una pareja ocasional masculina o trio (uno de ellos pareja estable) en los últimos 12 meses, en la última vez que tuviste sexo con una pareja sexual masculina ocasional (con o sin penetración).</p>
<p>Si el último encuentro sexual ocasional fue con múltiples parejas: (1) Sobre el lugar de ocurrencia, lugar donde se conocieron, sobre estado serológico. (2) sobre penetración, uso de preservativo, eyaculación entre otras practicas durante la relación sexual, uso de sustancias</p>	19	<p>Sólo para quienes responden haber tenido sexo con dos pareja ocasional masculina (trio) o más, en los últimos 12 meses, en la última vez que tuviste sexo con una pareja sexual masculina ocasional (con o sin penetración).</p>
<p>Pagar y cobrar por tener sexo con hombres</p>	4	<p>Sólo para quienes refieres haber tenido sexo (cualquier contacto sexual) con un hombre</p>
<p>Sobre el sexo con mujeres</p>	3	<p>Todes y perfil específico</p>
<p>¿Conocías esta información sobre la transmisión del VIH?: conocimiento</p>	2	<p>Todes</p>
<p>¿Conocías esta información sobre la transmisión de las ITS?: conocimiento</p>	1	<p>Todes</p>
<p>Sobre tu acceso a los condones</p>	3	<p>Todes</p>
<p>¿Cómo te has sentido recientemente?: evaluar la presencia de síntomas de dos importantes trastornos de salud mental (ansiedad y depresión) en las dos últimas semanas.</p>	1	<p>Todes</p>
<p>Sobre el uso de varias sustancias: (1) Indagar en consumo de alcohol, tabaco, Popper. (2) indagar en consumo de viagra, tranquilizantes/sedantes y consumo de droga recreacional o ilícita</p>	6	<p>Todes</p>

Sobre otras sustancias que puedes haber consumido: (1) indagar en consumo de cannabis, cannabinoides sintéticos, éxtasis, MDMA. (2) indagar sobre el consumo de anfetaminas, metanfetaminas, heroína, mefedrona y estimulantes sintéticos distintos a la mefedrona. (3) indagar sobre el consumo de GHB/GBL, ketamina, LSD, cocaína, crack, otras	14	Sólo para quienes refieren haber tomado una droga recreacional o ilícita
Sobre el uso de inyecciones: indagar uso de inyectables	5	Todes
Sobre combinar sexo y drogas	6	Todes y perfil específico
Preocupación sobre el consumo de drogas	3	Sólo personas que refieren haber consumido sustancias (sin considerar alcohol y tabaco)
Preocupación sobre el consumo de alcohol	5	Sólo personas que refirieron consumo de alcohol
¿Cómo te sientes respecto al apoyo social?: Escala de soporte social (Social Provisions Scale - SPS)	1	Todes
¿Hasta qué punto estás cómodo con la homosexualidad?: Escala Reacciones a la homosexualidad	1	Todes
Sobre la intimidación y ataques homófonos	3	Todes
Algunas informaciones finales sobre ti...: Sociodemográficas, distención	5	Todes
Otras: Participación, elegibilidad, etc.	7	Todes
	22	
	6	

Anexo 2_ Otras tablas de resultados

Tabla 10 distribución según aceptabilidad a usar la PrEP en cada característica sociodemográfica

Variable	Total (N=3976) n= (%)	Aceptabilidad PrEP		P valor
		SI N=2216 (55.73%)	NO N=1760 (44.77%)	
Edad	27			
18 a 24	1309 (32.92)	736 (56.23)	573 (43.77)	0.88
25 a 36	1983 (49.87)	1107 (55.82)	876 (44.18)	

36 y más	684 (17.20)	373 (54.53)	311 (45.47)	
Nivel Educativo				
Secundaria o menor	501 (12.62)	293 (58.48)	208 (41.52)	0.195
Postsecundario	3469 (87.38)	1922 (55.41)	1547(44.59)	
Situación Laboral				
Empleado (full/part/indep)	2495 (62.83)	1371 (54.95)	1124 (45.05)	
Desempleado	337 (8.49)	186 (55.19)	151 (44.81)	0.4
Estudiante	1049 (26.42)	609 (58.06)	440 (41.94)	
Otro	90 (2.27)	50 (55.56)	40 (44.44)	
Ingresos Económicos				
Altos	1840 (46.48)	989 (53.75)	851 (46.25)	0.049
Medios	1545 (39.03)	881 (57.02)	664 (42.98)	
Bajos	574 (14.50)	337 (58.71)	237 (41.29)	
Nacido en Chile				
Si	3593 (90.41)	2003 (55.75)	1590 (44.25)	0.969
No	381(9.49)	212 (55.64)	169 (44.36)	
Ciudad de Residencia				
Santiago	2010 (53.34)	1123 (55.87)	887 (44.13)	0.119
Valparaíso	323(8.57)	187 (57.89)	136 (42.11)	
Otra ciudad (<500000 hab.)	1125(29.86)	633 (56.27)	492 (43.73)	
Otra ciudad (500000 hab. o más)	310 (8.23)	153 (49.35)	157 (50.65)	
Orientación Sexual				
Gay/homosexual	3151 (79.27)	1770 (56.17)	1381 (43.83)	
bisexual	546 (13.74)	295 (54.03)	251 (45.97)	0.537
Otro (heterosexual/otro)	278 (6.99)	150 (53.96)	128 (46.04)	

Tabla 11 Distribución según aceptabilidad a usar la PrEP en cada característica de comportamiento o practica sexual

Variables	Total(N=3976) n= (%)	Aceptabilidad PrEP		P valor
		SI N=2216 (55.73%)	NO N=1760 (44.77%)	
Pareja Estable*				
SI	1340 (33.78)	673 (50.22)	667 (49.78)	
No	2408 (60.70)	1405 (58.35)	1003 (41.65)	0.000
No estoy seguro	219 (5.52)	132 (60.27)	87 (39.73)	
Nº Parejas ocasionales que ha tenido penetración sin condón*				
0	2418 (63.25)	1232 (50.95)	1186 (49.05)	
1 a 2	901 (23.57)	548 (60.82)	353 (39.18)	0.000
3 a 5	333 (8.71)	217 (65.17)	116 (34.83)	
>5	171 (4.47)	125 (73.10)	46 (26.90)	
Sexo sin condón*				

Si	885 (22.42)	559 (67.23)	290 (32.77)	0.00
No	3062 (77.58)	1601 (52.29)	1461 (47.71)	
Uso sexualizado de drogas*				
Si	853 (21.56)	516 (60.49)	337 (39.51)	0.002
No	3104 (78.44)	1694 (54.57)	1410 (45.43)	
Prueba VIH*				
Si	2326 (58.50)	1312 (56.41)	1014 (43.59)	0.312
No	1650 (41.50)	904 (54.79)	746 (45.21)	
Prueba de Otra ITS				
Si	2386 (60.42)	1357 (56.87)	1029 (43.13)	0.232
No	1520 (38.49)	825 (54.28)	695 (45.72)	
No lo sé	43 (1.09)	22 (51.16)	21 (48.84)	
Diagnostico de Sífilis				
Si	360 (9.07)	220 (61.11)	140 (38.89)	
No	3575 (90.03)	1968 (55.05)	1607 (44.95)	0.053
No lo sé	36 (0.91)	23 (63.89)	13 (36.11)	
Diagnostico de Gonorrea				
Si	451 (11.36)	277 (61.42)	174 (38.58)	
No	3471 (87.43)	1910 (55.03)	1561 (44.97)	0.037
No lo sé	48 (1.21)	27 (56.25)	21 (43.75)	
Diagnostico de Clamidia				
Si	161 (4.06)	97 (60.25)	64 (39.75)	
No	3734 (94.10)	2074 (55.54)	1660 (44.46)	0.477
No lo sé	73 (1.84)	42 (57.53)	31 (42.47)	
Diagnostico de Condilomas				
Si	609 (15.33)	352 (57.80)	257 (42.20)	
No	3286 (82.71)	1816 (55.26)	1470 (44.74)	0.369
No lo sé	78 (1.96)	47 (60.26)	31 (39.74)	
Satisfacción Sexual				
Satisfecho	2803 (71.25)	1584 (56.51)	1219 (43.49)	0.116
Insatisfecho	1131 (28.75)	608 (53.76)	523 (46.24)	
Alcoholismo (CAGE4)				
No dependencia al alcohol	3008 (76.07)	1676 (55.72)	1332 (44.28)	0.823
Dependencia al alcohol	946 (23.93)	531 (56.13)	415 (43.87)	
Escala de Homonegatividad Internalizada (HI)				
(1 a 7)	2/2.28(1.4)	2/2.27(1.4)	2/2.28(1.4)	0.96
Intento por conseguir PEP				
Si	299 (7.52)	206 (68.90)	93 (31.10)	0.000
No	3675 (92.48)	2010 (54.69)	1665 (45.31)	
Escuchado Sobre PrEP				
Si	2035 (51.62)	1172 (57.59)	863 (42.41)	
No	1664 (42.20)	895 (53.79)	769 (46.21)	0.065
No estoy seguro	244 (6.19)	134 (54.92)	110 (45.08)	

*En los últimos 12 meses

Anexo3_: Anexo N° 6 Ficha de tesis o actividad formativa equivalente para cada una de éstas, aprobadas en el programa durante los últimos 5 años.

Nombre del graduado¹	Constanza Lucia Adrian Parra
Año de ingreso al programa (indique mes y año)	Marzo 2018
Título de la tesis o actividad formativa equivalente	ESTUDIO DE ACEPTABILIDAD DE PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN PARA EL VIH EN HOMBRES GAY Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES: UNA INDAGACIÓN EN LAMIS- 2018 CHILE
Director(a) de tesis o actividad formativa equivalente	Dra. Valeria Stuardo Ávila
Fecha de la aprobación del proyecto de tesis o actividad formativa equivalente, cuando corresponda (indique mes y año)	Noviembre 2020
Fecha de la defensa de la tesis o actividad formativa equivalente² (indique mes y año)	Diciembre 2020 (suspensión en 1er semestre 2020)
Resumen	
<p>Chile enfrenta una reemergencia de la epidemia del VIH concentrada en hombres gay y otros HSH. La Profilaxis PrEP Exposición (PrEP) es una intervención biomédica que ha resultado ser efectiva en la prevención del VIH en el grupo de HSH. <u>Objetivo:</u> Estimar niveles de aceptabilidad del uso de PrEP en hombres gay y otros HSH participantes en estudio LAMIS 2018 - Chile, identificando características y factores asociados a la aceptabilidad del uso de PrEP. <u>Método:</u> Se trabajó con datos secundarios de la encuesta LAMIS-2018 Chile. La submuestra de este estudio consiste en 3976 participantes que se auto-reportaron VIH negativos o desconocer su estado serológico. Se realizó análisis bivariados y regresión logística multivariable para identificar los factores asociados a la aceptabilidad a usar PrEP. <u>Resultados/conclusiones:</u> Un 55,73% de la muestra reportó una alta aceptabilidad a usar la PrEP. La regresión logística multivariable mostró que tener relaciones sexuales sin condón (AOR=1.67) y haber intentado usar PrEP (AOR=1.99) se asociaron positivamente a la aceptabilidad a usar PrEP mientras que tener una relación con pareja estable, se asocia negativamente. Además, se identificó la necesidad de realizar intervenciones para aumentar el conocimiento y la demanda de la PrEP.</p>	

¹ Si corresponde, indicar si el estudiante presenta articulación pregrado-postgrado; indicar el año en que inició su participación en este programa.

² Si corresponde, indicar si el estudiante tuvo algún periodo de suspensión de estudios durante su permanencia del programa.