

## UNOFFICIAL TRANSLATION

This document has been translated from its original language using DeepL Pro (AI translation technology) in order to make more content available to HIV Justice Academy users. We acknowledge the limitations of machine translation and do not guarantee the accuracy of the translated version.

No copyright infringement is intended. If you are the copyright holder of this document and have any concerns, please contact [academy@hivjustice.net](mailto:academy@hivjustice.net).

## TRADUCTION NON OFFICIELLE

Ce document a été traduit de sa langue d'origine à l'aide de DeepL Pro (une technologie de traduction en ligne basée sur l'intelligence artificielle) pour offrir aux utilisateurs de HIV Justice Academy une plus grande sélection de ressources. Nous sommes conscients des limites de la traduction automatique et ne garantissons donc pas l'exactitude de la traduction.

Aucune violation des droits d'auteur n'est intentionnelle. Si vous êtes le détenteur des droits d'auteur associés à ce document et que sa traduction vous préoccupe, veuillez contacter [academy@hivjustice.net](mailto:academy@hivjustice.net).

## TRADUCCIÓN NO OFICIAL

Este documento fue traducido de su idioma original usando DeepL Pro (una aplicación web basada en inteligencia artificial) a fin de facilitar la lectura del contenido para los usuarios de la HIV Justice Academy. Reconocemos las limitaciones de las traducciones realizadas a través de este tipo de tecnología y no podemos garantizar la precisión de la versión traducida.

No se pretende infringir los derechos de autor. Si usted es el titular de los derechos de autor de este documento y tiene alguna duda, pónganse en contacto con [academy@hivjustice.net](mailto:academy@hivjustice.net).

## НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД

Этот документ был переведен с языка оригинала с помощью DeepL Pro (технологии перевода на основе искусственного интеллекта), чтобы обеспечить доступ пользователей Академии правосудия по ВИЧ к большему объему контента. Мы отдаем себе отчет в ограниченных возможностях машинного перевода и не гарантируем точности переведенной версии документа

Мы не имели намерения нарушить чьи-либо авторские права. Если вам принадлежат авторские права на этот документ, и у вас имеются возражения, пожалуйста, напишите нам на адрес [academy@hivjustice.net](mailto:academy@hivjustice.net)

# Centrar la salud, respetar los derechos



## Un manual de formación para la policía

sobre la prestación de servicios a las personas que  
viven o están afectadas por el VIH y/o la hepatitis C  
en Canadá

**RED LEGAL DEL VIH | MARZO 2021**

La producción de este documento ha sido posible gracias a la contribución financiera de la Agencia de Salud Pública de Canadá.

Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente la opinión de la Agencia de Salud Pública de Canadá.

**Este informe ha sido elaborado por Joseph Friedman Burley y Maurice Tomlinson.**

Editora de textos: Megan Long - Traductor: Jean Dussault - Diseño gráfico: Ryan White, R.G.D.

## Agradecimientos

Gracias a Sandra Ka Hon Chu, Richard Elliott, Janet Butler-McPhee y a las partes interesadas de la comunidad y de la policía (enumeradas en el Apéndice A) por revisar los borradores de este informe.

Gracias a Emily Ward por su ayuda en la investigación.

## Acerca de la Red Legal del VIH

La Red Jurídica del VIH (antes *Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA*) promueve los derechos humanos de las personas que viven, corren el riesgo de vivir o están afectadas por el VIH o el SIDA, en Canadá e internacionalmente, a través de la investigación y el análisis, el litigio y otras actividades de defensa, la educación pública y la movilización de la comunidad. Imaginamos un mundo en el que los derechos humanos y la dignidad de las personas que viven con el VIH o el SIDA y de los afectados por la enfermedad se hagan realidad y en el que las leyes y las políticas faciliten la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo relacionados con el VIH.

La Red Legal del VIH reconoce que la tierra en la que vivimos y trabajamos se conoce tradicionalmente como la Isla de la Tortuga y es el hogar de los Haudenosaunee, los Wendat y los Anishinaabe, incluidos los Mississaugas de la Primera Nación del Crédito. Todos somos gente de los tratados. Como colonos y como defensores de los derechos humanos que trabajan por la salud y la justicia, estamos llamados a cumplir con los Llamamientos a la Acción de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación en nuestro trabajo. Debemos poner de nuestra parte para hacer frente a las continuas injusticias y a la salud resultante. Las desigualdades a las que se enfrentan los pueblos indígenas, que contribuyen al impacto desproporcionado de la epidemia de VIH en las comunidades indígenas. Estamos activamente comprometidos con este esfuerzo, trabajando en colaboración con nuestros colegas indígenas y otros.



# Índice de contenidos

<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>4</b>
<b>Sección I: VIH, VHC y seguridad y salud laboral</b> .....	<b>5</b>
Objetivos de aprendizaje.....	5
Biología del VIH 101.....	5
Progresión y síntomas del VIH.....	6
La diferencia entre el VIH y el SIDA .....	7
Transmisión del VIH.....	7
Tratamiento del VIH.....	8
Biología del VHC 101 .....	8
Progresión y síntomas del VHC.....	8
Transmisión del VHC .....	8
Tratamiento del VHC .....	9
Prevención del VIH y el VHC .....	9
Epidemiología del VIH en Canadá.....	10
Epidemiología del VHC en Canadá.....	10
Epidemiología del VIH y el VHC y poblaciones prioritarias.....	11
Exposición al VIH y al VHC y seguridad laboral .....	11
Reducir el riesgo en el trabajo .....	12
Protocolos posteriores a la exposición .....	12
<b>Sección II: Derechos humanos, salud pública y el papel de la policía</b> .....	<b>13</b>
Objetivos de aprendizaje.....	13
El VIH, el VHC y los determinantes sociales de la salud .....	13
Estigma del VIH .....	13
El VIH y las poblaciones prioritarias en Canadá .....	14
VIH y derechos humanos .....	16
1. Carta de Derechos y Libertades de Canadá.....	16
2. Protección federal en virtud de la Ley canadiense de derechos humanos.....	16
3. Legislación provincial y territorial sobre derechos humanos.....	16
4. Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá: Llamadas a la acción .....	17
5. <i>Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos</i> (Directrices) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA .....	17
Leyes y políticas penales que afectan al acceso al VIH y al VHC y a otros servicios sanitarios, sociales y de apoyo .....	18
La criminalización de la no revelación del VIH.....	18
La criminalización de las personas que consumen drogas .....	19
La criminalización de las trabajadoras del sexo .....	19
La importancia de mantener la privacidad y el tratamiento del VIH .....	20
Policía y Salud Pública .....	20
Práctica 1. Ejercer la ejecución discrecional para minimizar el impacto negativo del contacto policial .....	20
Práctica 2. Reducir el lenguaje y el comportamiento estigmatizante en la prestación de servicios a las personas que viven con/afectadas por el VIH o el VHC .....	21
Práctica 3. Incorporar la seguridad cultural al servicio .....	22
<b>Conclusión</b> .....	<b>24</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>25</b>
<b>Apéndices</b> .....	<b>29</b>
Apéndice A - Lista de partes interesadas.....	29
Apéndice B - Vulnerabilidad al VIH desde el nivel celular al social .....	30
Apéndice C - Directrices de buenas prácticas para la aplicación y la adopción.....	31

## Introducción

La policía ejerce un inmenso poder sobre muchas comunidades marginadas y criminalizadas, que también se ven afectadas de forma desproporcionada por el VIH y/o la hepatitis C (VHC). Los movimientos actuales para reimaginar y reducir el papel de la policía y reinvertir en iniciativas dirigidas por la comunidad son imprescindibles para promover la salud pública y defender los derechos humanos. Al mismo tiempo, proporcionar a las fuerzas del orden conocimientos sobre el VIH, el VHC, los derechos humanos y la reducción de daños puede crear un "entorno más propicio" que reduzca los daños.

Se reconoce la necesidad de dotar a la policía de un mayor conocimiento -y de la capacidad de aplicar ese conocimiento en su práctica policial- para promover el acceso al VIH y/o al VHC y a otros servicios sanitarios, sociales y de apoyo, especialmente los dirigidos a *poblaciones prioritarias*.<sup>1</sup> En respuesta, la Red Jurídica sobre el VIH se embarcó en un proyecto comunitario de varias etapas para desarrollar un manual de formación que mejorara la salud y la seguridad de las personas que viven con el VIH y/o el VHC y que están afectadas por ellos en Canadá. Este proyecto implicó dos rondas de investigación y revisión de la literatura, así como la aportación de las partes interesadas de la comunidad y la policía.<sup>2</sup>

Este manual de formación se basa en las pruebas científicas actuales y en las mejores prácticas relacionadas con la educación policial y la formación en materia de salud y seguridad sobre el VIH y el VHC. Está destinado a los departamentos de policía para ayudarles a cumplir sus obligaciones profesionales de prestar un servicio más seguro a las personas que viven con el VIH y/o el VHC y están afectadas por ellos.

Este manual consta de dos secciones. La primera sección, **HIV, HCV, and Occupational Health and Safety (VIH, VHC y salud y seguridad en el trabajo)**, ofrece un amplio panorama de las epidemias de VIH y VHC en Canadá y destaca cómo la policía puede gestionar los problemas de seguridad en el trabajo en la primera línea de la prestación de servicios.

La segunda sección, **Derechos humanos, salud pública y el papel de la policía**, explora cómo la policía puede apoyar los esfuerzos de prevención del VIH y el VHC de manera que se reduzca el estigma, se promueva la salud y se respeten los derechos humanos de las personas prioritarias. Cada sección incluye objetivos de aprendizaje que describen las principales conclusiones para los lectores. También se incluyen diagramas y otras publicaciones académicas o grises pertinentes, que se citan cuando es necesario. Este documento sirve de base

Algunos determinantes sociales pueden afectar a la vulnerabilidad al VIH y al VHC de un individuo o una comunidad.

**Carga viral:** la cantidad de VIH presente en la sangre.

## Glosario

**SIDA** - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**ARVs** - Medicamentos antirretrovirales utilizados para tratar el VIH.

**Recuento de CD4:** número de células inmunitarias CD4 presentes en la sangre.

**AAD:** medicamentos antivirales de acción directa utilizados para tratar el VHC.

**VHC:** virus de la hepatitis C.

**VIH** - Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**Estigma del VIH** - Pensamientos, actitudes y/o creencias negativas sobre las personas que viven o están afectadas por el VIH.

**Vulnerabilidad al VIH** - La configuración particular de los factores de riesgo (celulares, psicológicos, conductuales, sociales, estructurales) que conforman el riesgo de infección por el VIH entre un individuo, una comunidad o una población prioritaria.

**NSI** - Needle Stick Injury (lesión por pinchazo de aguja), una fuente potencial de exposición laboral al VIH o al VHC.

**PEP** - Profilaxis postexposición, un medicamento de emergencia que debe tomarse en las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección.

**PrEP** - Profilaxis previa a la exposición, una medicación diaria prescrita que toman las personas para reducir significativamente su riesgo de infección por el VIH en caso de exposición.

**Poblaciones prioritarias** - Grupos que están desproporcionadamente afectados por el VIH y/o el VHC. Según la definición de la Agencia de Salud Pública de Canadá, estos grupos incluyen a los hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; las personas que consumen drogas; los pueblos indígenas; las personas de las comunidades etnoculturales (en particular las que representan a países con una alta prevalencia del VIH o el VHC, incluidos los inmigrantes, los migrantes y los refugiados); los profesionales del sexo; las personas que viven en instituciones penitenciarias o que acaban de salir de ellas; las personas transgénero; las personas que viven con el VIH y/o el VHC y las afecciones relacionadas; así como las mujeres y los jóvenes de estas poblaciones.

**Determinantes sociales de la salud** - Factores socioeconómicos que influyen en la salud individual.



## Sección I: El VIH, el VHC y la salud laboral y la seguridad

### Aprendizaje Objetivos:

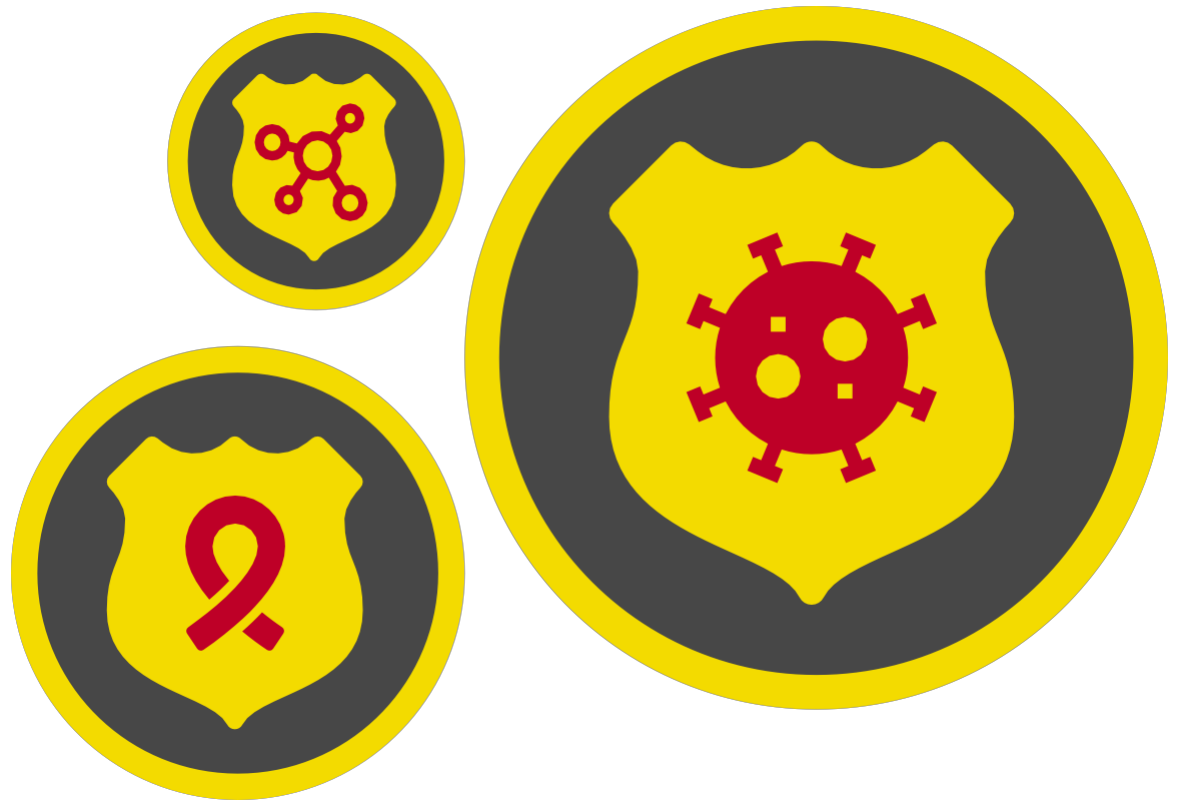
1. Identificar los fundamentos biológicos y virológicos del VIH y el VHC, incluyendo la transmisión, los síntomas, progresión, y la diferencia entre el VIH y el SIDA
2. Explorar la epidemiología actual del VIH y el VHC en Canadá, incluyendo su impacto en las poblaciones prioritarias
  - Identificar a los pueblos indígenas como población prioritaria moldeada por el colonialismo
3. Examinar la información actualizada sobre el tratamiento y la prevención, incluida la terapia antirretroviral (ARVs), antivirales de acción directa (DAAs), profilaxis pre-exposición (PrEP), y post-exposición profilaxis (PEP)
4. Destacar las distintas vías de transmisión del VIH y el VHC, haciendo hincapié en las que los agentes pueden encontrar en los entornos laborales
5. Identificar las precauciones universales que pueden prevenir las infecciones
6. Examinar los protocolos posteriores a la exposición y los procedimientos de seguimiento adecuados

### Biología del VIH 101

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debilita el sistema inmunitario del organismo, nuestra defensa natural contra las infecciones.

Una vez dentro del cuerpo, el VIH se adhiere y destruye las células CD4, que son glóbulos blancos que desempeñan un papel fundamental en nuestra respuesta inmunitaria. <sup>3</sup> A medida que la infección se extiende en el tiempo, la cantidad de virus presente en la sangre (o "carga viral") aumenta, y el número de células CD4 (o "recuento de CD4") disminuye. Cuando el recuento de CD4 de una persona disminuye, la capacidad de su cuerpo para reconocer y defenderse de las infecciones y otras enfermedades se debilita. <sup>4</sup>





## Progresión del VIH y Síntomas

El curso natural de la infección por el VIH puede describirse en tres etapas, cada una de las cuales está marcada por diferentes indicadores y síntomas clínicos.

### Etapa 1 - Infección aguda por el VIH:

Se trata de la fase más temprana de la infección, que suele producirse entre 2 y 4 semanas después del contacto inicial con el VIH. Durante esta etapa, el VIH se multiplica rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. La carga viral de una persona tiende a ser *muy* alta durante la infección aguda, lo que aumenta su riesgo de transmitir el VIH.<sup>5</sup>

Algunas personas describen haber sentido síntomas parecidos a los de la gripe durante esta etapa, como fiebre, sarpullidos, escalofríos, dolores de cabeza o de garganta. Estos síntomas comunes pueden hacer que las personas confundan la infección aguda con otra enfermedad y retrasen la búsqueda de la prueba del VIH. Además, algunas tecnologías estándar de detección del VIH no detectan necesariamente el virus durante la infección aguda.

Esto se debe a que algunas tecnologías comprueban la presencia de anticuerpos contra el VIH, que el organismo puede tardar muchas semanas en producir. Sin embargo, hay otras tecnologías de cribado que analizan el virus en sí (no los anticuerpos) y, por tanto, pueden detectar el VIH en esta fase. Cualquier persona que haya estado expuesta al VIH y presente síntomas de infección aguda debe hacerse la prueba de inmediato.<sup>6</sup>

### Etapa 2 - Infección crónica por el VIH:

Se trata de la segunda etapa intermedia de la infección por el VIH, entre la infección aguda y la aparición del sida. Durante la infección crónica, el VIH sigue multiplicándose, pero a un ritmo menor que en la infección aguda. La duración de esta etapa depende en gran medida de que la persona sea capaz de acceder y mantener el tratamiento. *Sin tratamiento*, las células CD4 seguirán disminuyendo, el sistema inmunitario se debilitará y el organismo avanzará gradualmente hacia la aparición del sida. Sin embargo, con tratamiento, las personas que viven con el VIH pueden permanecer en la etapa crónica durante décadas, llevando una vida sana.<sup>7</sup>

Las personas con VIH crónico pueden no mostrar ningún síntoma relacionado. Sin embargo, como se explica más adelante, aún pueden transmitir el VIH a otras personas.

### Etapa 3 - SIDA:

El SIDA es la etapa final y más grave del VIH infección. El sida no es una afección distinta con su propio conjunto de síntomas, sino un término que describe una o más afecciones (incluidas las infecciones oportunistas y los cánceres relacionados con la infección) que se producen en personas cuyo sistema inmunitario se ha visto gravemente comprometido por el VIH durante un largo periodo de tiempo.<sup>8</sup>

Sin tratamiento, el VIH seguirá disminuyendo el funcionamiento inmunitario del organismo hasta un punto en el que la persona ya no pueda defenderse de las infecciones oportunistas. Las infecciones oportunistas son infecciones que "se aprovechan" de un sistema inmunitario incapacitado para arraigar en el organismo y propagarse.<sup>9</sup> Algunas de las infecciones oportunistas más comunes asociadas al SIDA son la meningitis criptocócica, la neumonía y la tuberculosis, y ciertos cánceres relacionados con las infecciones.<sup>10</sup>

A una persona que vive con el VIH se le diagnostica el sida *sólo* si cumple una serie de criterios clínicos (es decir, si desarrolla una o más infecciones oportunistas o si tiene una Recuento de células CD4 inferior a 200 células por mm<sup>3</sup> de sangre). Las personas a las que se les ha diagnosticado el SIDA pueden presentar una serie de síntomas, como una rápida pérdida de peso, fiebre persistente, diversas llagas y lesiones cutáneas, y alteraciones neurocognitivas. Muchos de estos síntomas son el resultado de infecciones oportunistas concurrentes.<sup>11</sup>





## La diferencia entre el VIH y el SIDA

Históricamente, el VIH y el sida se han confundido incorrectamente en los medios de comunicación y en la conversación común. El uso intercambiable de los términos "VIH" y "sida" para describir lo que son condiciones totalmente diferentes no sólo es objetivamente falso, sino que también ha contribuido a la intensa estigmatización de las personas y las comunidades que viven con o están afectadas por el VIH.

**Para ser claros:** el VIH y el SIDA, aunque están relacionados, son condiciones diferentes. Si no se trata, el VIH puede convertirse en SIDA. Sin embargo, con la creciente accesibilidad a un tratamiento eficaz en muchas partes de Canadá, es poco probable que alguien diagnosticado con el VIH permanezca sin tratamiento durante tanto tiempo como para desarrollar el SIDA. De hecho, datos recientes indican que el 85% de las personas diagnosticadas de VIH en Canadá están en tratamiento.<sup>12</sup> Por lo tanto, en la mayoría de los casos, será incorrecto referirse a alguien que vive con el VIH como si tuviera SIDA. Además, *nunca* se transmite el SIDA, sino el VIH. En **resumen**, rara vez, si es que alguna vez, es preciso o apropiado utilizar el término "sida" en relación con alguien que vive con el VIH. Hacerlo puede reforzar la desinformación, el pánico moral y el estigma perjudicial que obstaculiza los esfuerzos de prevención del VIH.

## VIH Transmisión

El VIH se transmite a través de la sangre, el líquido preseminal (pre-cum), el semen, la leche materna, los fluidos vaginales y los fluidos rectales. Estos fluidos deben inyectarse directamente en el torrente sanguíneo o entrar en contacto con una membrana mucosa o un tejido dañado para que se produzca la transmisión. Las membranas mucosas que el VIH puede penetrar existen en el interior del recto, la vagina, el pene y la boca.<sup>13</sup>

En Canadá, el VIH se transmite principalmente a través del contacto sexual sin protección (vaginal o anal) entre alguien que vive con el VIH y alguien que no lo hace.<sup>14</sup> El riesgo de transmitir el VIH a través del sexo oral es insignificante o nulo.<sup>15</sup> No existe ninguna posibilidad de transmisión del VIH a través del sexo oral practicado a una persona que vive con el VIH y que tiene una carga viral baja, o se utiliza un preservativo, o la pareja seronegativa toma la PrEP (más información sobre la PrEP más adelante).<sup>16</sup>

El uso compartido de material de inyección usado (agujas, jeringas u otros "utensilios") representa casi en su totalidad los casos de VIH que no se transmiten por vía sexual. En 2018, se estima que el 13,9% de los nuevos casos de VIH

en Canadá se atribuyeron al uso de drogas inyectables.<sup>17</sup> Aunque es cada vez más raro en Canadá, también es posible que el VIH se transmita de un padre biológico a su hijo durante el embarazo, en el momento del nacimiento o a través de la lactancia materna.<sup>18</sup>

Otras vías de transmisión extremadamente raras son la inyección o transfusión de sangre o productos sanguíneos, donaciones de semen, e injertos de piel o trasplantes de órganos.<sup>19</sup> Aunque también es extremadamente raro, también es posible que las personas se expongan al VIH de forma profesional, como en los hospitales o en la primera línea de la policía. Estos casos se tratarán con más detalle más adelante.

Hay muchos mitos sobre el riesgo y la transmisión del VIH. Aunque es importante saber cómo gestionar el propio riesgo, es igualmente importante disipar los tipos de información errónea y perjudicial que contribuyen al estigma del VIH. Abajo

hay algunos conceptos erróneos comunes sobre el riesgo y la transmisión del VIH:<sup>20</sup>

- El VIH **no puede** transmitirse a través de otros fluidos corporales que no sean los ya mencionados. Esto significa que el contacto con la saliva, las lágrimas, el sudor, la orina, las heces o el vómito no es una vía de transmisión del VIH.
- El VIH **no** se transmite por contacto social. Esto significa que no se puede contraer el VIH por dar la mano, chocar los cinco, abrazar o besar a alguien que vive con el VIH.
- El VIH **no** se contagia como el resfriado común o la gripe. Esto significa que no puedes contraer el VIH de alguien que tosa o estornude cerca de ti.
- **No se puede** contraer el VIH por utilizar utensilios compartidos o el asiento del inodoro.
- El VIH **no puede** ser transportado ni transmitido por insectos como los mosquitos o las garrapatas.

## VIH Tratamiento

En la actualidad, no se conoce ninguna cura para el VIH. Sin embargo, las personas que viven con el VIH pueden tomar medicamentos antirretrovirales (ARV), que inhiben la capacidad del VIH para replicarse en el cuerpo. En última instancia, esto reduce la carga viral de la persona, da a su sistema inmunitario la oportunidad de recuperarse y aumenta su recuento de CD4. Aunque el VIH seguirá presente en el organismo, las personas que toman ARV pueden recuperar la función inmunitaria.<sup>21</sup>

Existen muchas clases diferentes de antirretrovirales que interfieren en la replicación del VIH de distintas maneras y en diferentes etapas del ciclo vital del virus. Para aumentar la protección, las personas que viven con el VIH suelen tomar varios ARV de distintas clases al mismo tiempo.<sup>22</sup>

Los ARV no sólo reducen la cantidad de VIH en el cuerpo, pero también disminuye el riesgo de transmisión del VIH. Una persona seropositiva que sigue el tratamiento durante un periodo prolongado puede suprimir su carga viral hasta tal punto (menos de 40-50 copias del virus por ml de sangre) que el VIH se vuelve "indetectable" en la sangre.<sup>23</sup> El término "indetectable" se refiere al hecho de que la carga vírica es tan baja que el VIH no puede detectarse mediante las pruebas estándar. Una persona con una carga viral indetectable es efectivamente incapaz de transmitir el virus a otros, un hallazgo científico que ha impulsado el popular movimiento "Indetectable=Indetectable (U=U)". U=U está ganando atención en todo el mundo y fue respaldado oficialmente por el Ministro de Salud y Jefe de Salud Pública de Canadá en el Día Mundial del SIDA, 2018.<sup>24</sup>



En julio de 2018, 20 de los principales científicos del mundo especializados en el VIH publicaron una ["Declaración de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal"](#), que ha sido refrendada por más de 70 científicos destacados de 26 países, entre ellos Canadá, y también por la Sociedad Internacional del Sida (IAS), la Sociedad Internacional Asociación de Proveedores de Atención al SIDA (IAPAC) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).<sup>25</sup> Su consenso fue que, en la

mayoría de los casos, la posibilidad de transmitir el VIH por acto va de baja a ninguna. En el caso de una carga viral suprimida (es decir, menos de 200 copias por ml de sangre), la posibilidad de transmisión es nula.

## Biología del VHC 101

El término hepatitis se refiere a la inflamación del hígado, que puede ser causada por una serie de factores como el consumo excesivo de alcohol, ciertos medicamentos y toxinas ambientales. Las hepatitis A, B y C son tipos específicos de infección hepática causados por tres virus diferentes.<sup>26</sup>

La hepatitis C es una infección hepática causada por el virus de la hepatitis C (VHC). El VHC se dirige principalmente a las células del hígado llamadas **hepatocitos**.<sup>27</sup>

Con menor frecuencia, el VHC se transmite a través de la transfusión de sangre o productos sanguíneos no analizados, el uso compartido de equipos de tatuaje y/o piercing, las prácticas sexuales que aumentan la exposición a la sangre, de padres a hijos durante el parto, o a través de exposiciones profesionales (que se analizan más adelante).

## Progresión del VHC y Síntomas

El curso de la infección por el VHC puede separarse en dos etapas que varían en duración y gravedad:

**VHC agudo:** Esta etapa se produce entre dos semanas y seis meses después de la exposición al VHC. Durante la fase aguda, la gran mayoría de las personas no presentarán ningún síntoma. Aquellos que lo hacen pueden presentar fiebre, fatiga, náuseas, orina oscura, dolor en las articulaciones o ictericia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa de que, para aproximadamente el 30% de las personas con VHC agudo, la afección es una enfermedad leve y de corta duración que desaparece por sí sola. Para el resto de los infectados, el VHC puede avanzar hasta la fase crónica.<sup>28</sup>

**VHC crónico:** El VHC crónico es una enfermedad de por vida. A medida que el virus avanza, mata gradualmente más hepatocitos y los sustituye por tejido cicatricial en un proceso denominado fibrosis.<sup>29</sup> Si no se trata, el VHC crónico puede provocar graves problemas de salud, como una infección hepática crónica, cirrosis (cicatrización del hígado), cáncer de hígado y la muerte. Entre las personas que padecen el VHC crónico, el riesgo de cirrosis se sitúa entre el 15 y el 30%, y suele desarrollarse en los 20 años siguientes a la infección.<sup>30</sup>

## VHC Transmisión

El VHC es un virus de transmisión sanguínea, lo que significa que se transmite cuando la sangre de una persona que tiene el VHC entra en contacto con la sangre de alguien que no lo tiene.

Normalmente, el VHC se transmite al compartir el material de inyección (agujas, jeringuillas, otros

"utensilios")<sup>31</sup>  
12 | Manual de formación para la policía sobre la prestación de servicios a personas que viven o están afectadas por el VIH y/o la hepatitis C

Al igual que ocurre con el VIH, existe mucha información errónea sobre cómo se transmite el VHC. A continuación, abordamos algunos conceptos erróneos comunes sobre el riesgo y la transmisión del VHC:<sup>32</sup>

- El VHC **no** se transmite a través del contacto social casual, como estrechar la mano, abrazar o besar.
- El VHC **no** se transmite a través de la leche materna.
- El VHC **no** se contagia como el resfriado común o la gripe. Esto significa que no se puede contraer el VHC por alguien que tosa o estornude cerca de uno.
- El VHC **no** está presente en los alimentos ni en el agua.
- **No se puede** contraer el VHC por compartir utensilios o el asiento del inodoro.
- El VHC **no** se transmite a través de insectos como los mosquitos o las garrapatas.
- El VHC **no** se contagia por el contacto entre la piel sana y los fluidos corporales como la saliva, la orina, las heces o el vómito.

## VHC Tratamiento

Recuerde que, en algunos casos, el VHC nunca requiere tratamiento y se cura por sí solo antes de llegar a la fase crónica. Las personas que den positivo en la prueba del VHC agudo deben ponerse en contacto con un médico para conocer las opciones de tratamiento.

Una vez que la infección entra en la fase crónica, es necesario el tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda actualmente un tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) para combatir el VHC crónico. Al igual que el tratamiento contra el VIH, esta clase de medicamentos orales combate el VHC interfiriendo en el ciclo de vida del virus y evitando la propagación de la infección. Sin embargo, a diferencia de los medicamentos para el VIH, los AAD pueden curar por completo a la mayoría de las personas con VHC durante un tratamiento relativamente corto (que dura entre 8 y 12 semanas, según la gravedad de la infección).<sup>33</sup> Sin embargo, para las personas que desarrollan cirrosis, existe un riesgo continuo de cáncer de hígado incluso después de un tratamiento exitoso contra el VHC. Las personas con VHC crónico o cirrosis deben permanecer en contacto con un médico para controlar y mantener la salud de su hígado.

### Qué significa esto para los agentes de policía: Los

conocimientos sobre el VIH y el VHC pueden ayudar a mejorar la seguridad laboral durante la prestación de servicios de primera línea. También puede evitar que la policía contribuya a la difusión de información errónea y al estigma del VIH y el VHC a través de su práctica profesional. Cuando Al comprometerse con las personas que viven con el VIH y/o el VHC, es importante recordar lo que se sabe sobre el riesgo, la transmisión y el estigma, y actuar en consecuencia.



## Prevención del VIH y el VHC

Gran parte de la prevención del VIH y el VHC tiene lugar a nivel individual. El uso del preservativo y de material de inyección estéril minimiza la propagación del VIH y el VHC. Igual de importantes son las políticas y los programas de salud pública que promueven el acceso a recursos de prevención vitales y educan a las personas sobre la prevención del VIH y el VHC.

Además de estas estrategias, existen dos importantes medicamentos profilácticos (preventivos) que las personas pueden tomar para protegerse de la infección por el VIH.

### (1) Profilaxis previa a la exposición (PrEP):

La PrEP es una medicación oral de uso diario que se toma *antes de la* exposición al VIH. La PrEP contiene dos fármacos específicos que normalmente se encuentran en los antirretrovirales y que ayudan a controlar la infección por el VIH. Cuando una persona que toma la PrEP se expone al VIH, los medicamentos contrarrestan el virus y evitan el establecimiento de una infección permanente.

Cuando se toma a diario, la PrEP reduce el riesgo de contraer el VIH en aproximadamente un 99%.<sup>34</sup>

### (2) Profilaxis Post-Exposición (PEP):

La PEP se refiere al tratamiento con ARVs inmediatamente *después de la* exposición al VIH. La PEP se utiliza principalmente en situaciones de emergencia y debe tomarse dentro de las 72 horas siguientes a la exposición inicial al VIH.<sup>35</sup> Durante este periodo de 72 horas, el tiempo es crítico. En caso de exposición, la persona debe dirigirse a un servicio de urgencias. Cuanto antes se empiece con la PEP, más eficaz será el tratamiento para prevenir la transmisión.

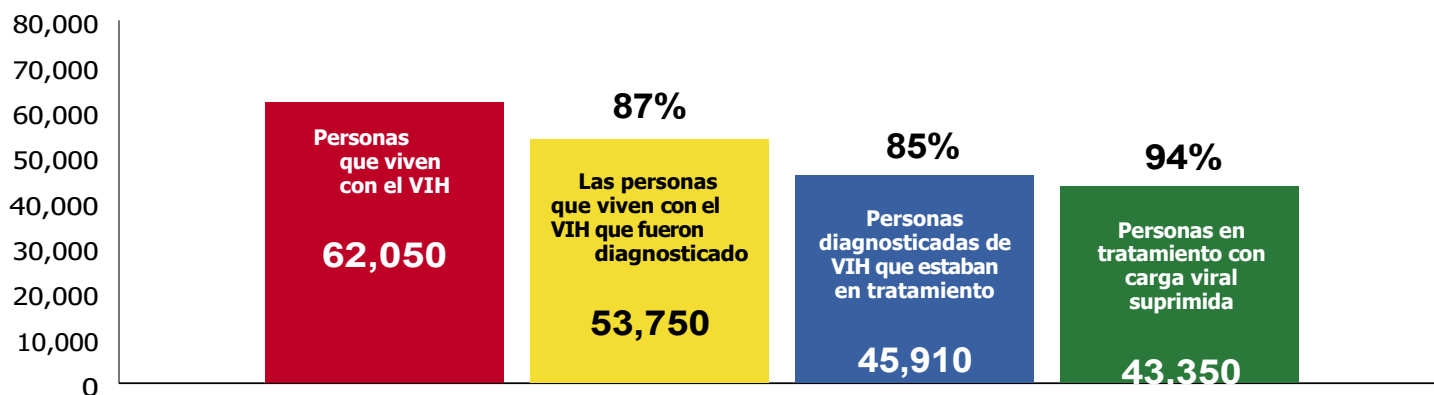
## ¿Y la prevención del VHC?

A diferencia de la hepatitis A y B, no existe una vacuna eficaz contra el VHC, ni medicamentos profilácticos como la PrEP o la PEP.<sup>36</sup>

## Epidemiología del VIH en Canadá

Según las cifras más recientes publicadas por la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), se estima que a finales de 2018 había 62.050 personas que vivían con el VIH en Canadá.<sup>37</sup> Gracias a los avances en la accesibilidad y la eficacia del tratamiento del VIH, se han hecho enormes progresos para hacer frente a la epidemia y aumentar el número de personas que viven con el VIH que están diagnosticadas, en tratamiento y con supresión viral (véase el gráfico siguiente).

### Número y porcentaje estimado de personas que viven con el VIH, diagnosticadas, en tratamiento y con supresión viral en Canadá a finales de 2018



## Epidemiología del VHC en Canadá

Los datos de vigilancia del VHC en Canadá son menos sólidos. En 2018, el PHAC estimó una tasa de infección por VHC de 33,6 casos por cada 100.000 personas.<sup>38</sup> Los datos de 2017 sugieren que en Canadá había 317.100 personas que habían tenido alguna vez hepatitis C. De ellas, 194.500 vivían con una infección crónica por el VHC.<sup>39</sup>

Canadá, de los cuales algo menos de la mitad (**49,5%**) se notificaron entre homosexuales, bisexuales u otros HSH, a pesar de que este grupo representa solo el 3-4% de la población masculina adulta.<sup>42</sup> Los pueblos indígenas también siguen estando sobrerrepresentados en

## Epidemiología del VIH y el VHC y poblaciones prioritarias

A pesar de los considerables avances en materia de detección, tratamiento y prevención, muchas comunidades de Canadá siguen enfrentándose a un riesgo desproporcionado de contraer el VIH y el VHC. Según la PHAC, estas poblaciones prioritarias incluyen a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH); los pueblos indígenas; las personas que consumen drogas; los transexuales; las personas con experiencia en el entorno penitenciario; personas procedentes de países donde el VIH, el VHB y el VHC son endémicos; y trabajadores del sexo.<sup>41</sup>

Pero, ¿qué significa "riesgo desproporcionado de VIH o VHC"?

En 2018, PHAC estimó 2.242 nuevos casos de VIH en

la epidemia de VIH en Canadá. Se calcula que el **14,0%** de todos los nuevas infecciones en 2018 se diagnosticaron en personas indígenas, mientras que este grupo representa el 4,9% de la población total de Canadá.

<sup>43</sup> Los indígenas también están desproporcionadamente representados en las prisiones provinciales, territoriales y federales, donde el acceso inadecuado a las medidas de reducción de daños aumenta el riesgo de infección.

Las mujeres indígenas en Canadá están especialmente afectadas por el VIH, representando el **36,2%** de todos los nuevos casos de VIH entre las mujeres en 2016. Los mismos datos indican que las mujeres indígenas representaron el **42%** del total de nuevos casos entre los pueblos indígenas, mientras que las mujeres en general representaron el **23,3%** de todos los nuevos casos; <sup>44</sup> esto es resultado de la naturaleza interseccional de la opresión en el marco del colonialismo (que se analiza más adelante).

En 2018, el **43%** de los presos federales que vivían con el VIH eran de ascendencia indígena, y la prevalencia del VIH era más alta entre los de ascendencia indígena en comparación con los de ascendencia no indígena (1,48% frente al 0,82%). <sup>45</sup>

En 2011, se calcula que el **66%** de las personas que se inyectan drogas tenían anticuerpos positivos para el VHC. El mismo estudio también indicó que el **24%** de los presos federales y el **23,3%** de los presos provinciales también tenían anticuerpos positivos. <sup>46</sup> Estos datos destacan en comparación con una prevalencia en todo Canadá de solo el 0,64 %. En 2018, el **13,9%** de las nuevas infecciones por VIH estimadas se produjeron entre personas que se inyectan drogas. <sup>47</sup>

¿Por qué las poblaciones prioritarias representan una proporción tan grande de los casos de VIH y VHC? No es una pregunta fácil de responder, y se analizará con más detalle en la sección II. Por ahora, basta con decir que el VIH y el VHC son enfermedades "multifactoriales", lo que significa que hay muchos factores diferentes que hay que tener en cuenta al examinar el VIH o el VHC entre determinadas comunidades o poblaciones prioritarias. A lo largo de este manual, se presta especial atención al VIH entre las comunidades indígenas, sobre todo porque ha sido moldeado por el legado del colonialismo de los colonos.

**Reflexión:** ¿Por qué la población indígena puede verse afectada de forma desproporcionada por el VIH? ¿De qué manera los proyectos coloniales, como la desposesión de las tierras indígenas, el sistema de internados<sup>48</sup> y el "Scoop" de los años sesenta<sup>49</sup>, pueden contribuir a aumentar el riesgo de contraer el VIH?

## Exposición al VIH y al VHC y seguridad en el trabajo

Aunque existe cierto riesgo de contraer el VIH o el VHC en el trabajo, la transmisión profesional es extremadamente rara. Los trabajos con mayor grado de exposición son los de los entornos sanitarios.<sup>50</sup> Los agentes de policía que trabajan en primera línea *pueden* seguir encontrando riesgo a través del contacto con sangre u otros fluidos corporales.

Sin embargo, **no hay pruebas de la transmisión** del VIH a un agente de policía en Canadá durante su trabajo.

A continuación se exponen algunos de los ejemplos más citados de posible exposición laboral al VIH y al VHC entre los agentes de policía.



(1) **Lesión por pinchazo de aguja (NSI):** Esta es una de las preocupaciones más comunes entre los policías que están preocupados por el riesgo de VIH o VHC en el trabajo. Es posible que alguien de contraer el VIH o el VHC si su piel se pincha con una aguja que ha sido utilizada recientemente por alguien seropositivo, pero las tasas reales de transmisión son excesivamente bajas.<sup>51</sup> Por un lado, el VIH es un virus muy frágil. Es increíblemente sensible a la temperatura y la humedad, por lo que es prácticamente incapaz de sobrevivir o replicarse fuera del cuerpo. Esto significa que es poco probable que la sangre seca de una aguja desechada suponga un gran riesgo de transmisión del VIH.<sup>52</sup> El VHC puede vivir más tiempo fuera del cuerpo, por lo que supone un mayor riesgo. En segundo lugar, aunque una aguja recién usada y almacenada en una persona puede perforar la piel de un agente durante un registro corporal, las precauciones pueden tomarse para evitar dicho riesgo. Los estudios han demostrado que el riesgo medio de infección por VIH tras una ISN es de aproximadamente el 0,3% (o 1 de cada 300 casos).<sup>53</sup> El riesgo medio de infección por el VHC tras una ISN es de aproximadamente el 1,8%.<sup>54</sup> En cualquier caso, la ISN puede suponer un riesgo para otras infecciones transmitidas por la sangre, como la hepatitis B, por lo que siempre es una buena idea buscar atención médica inmediatamente después de una ISN.

(2) **Mordeduras:** La probabilidad de que el VIH se transmita a través de una mordedura cuando la persona que vive con el VIH tiene una cantidad significativa de sangre en su saliva, y su sangre entra en contacto con una membrana mucosa o una herida abierta, y su carga viral no está suprimida varía de insignificante a nula.<sup>55</sup> En cualquier caso, si una persona es mordida en el trabajo, y especialmente si la mordedura extrae sangre, deben buscar atención médica.

(3) **Sangre en la boca o en los ojos:** Es hipotéticamente posible que el VIH o el VHC penetren en las membranas mucosas de la boca o los ojos y causen una infección. El contacto entre estas membranas y la sangre que contiene el VIH o el VHC podría producirse durante un altercado físico agitado o si un agente está realizando la reanimación boca a boca a alguien que vive con el VIH o el VHC. Tras cualquiera de estos incidentes se debe solicitar una evaluación de riesgos médicos, pero se calcula que, por término medio, el riesgo de contraer el VIH tras la exposición de los ojos o la boca es del 0,1% (o 1 de cada 1000 casos). El riesgo de contraer el VHC se desconoce, pero

también se cree que es muy pequeño. <sup>56</sup>

## Reducir el riesgo en el trabajo

Tras cualquiera de los escenarios descritos anteriormente (NSI, mordeduras y sangre en los ojos o la boca), es aconsejable buscar atención médica, pero principalmente por otros posibles riesgos para la salud o infecciones que son mucho más probables que la transmisión del VIH o el VHC.<sup>57</sup> Los protocolos posteriores a la exposición y la elección de administrar una PPE son bastante raros en el caso de la exposición profesional al VIH o al VHC. Estas decisiones se toman caso por caso y deben ser juzgadas por un profesional médico.<sup>58</sup>

Además, los agentes que trabajan en primera línea deben conocer y adoptar varias precauciones universales que pueden prevenir las infecciones:<sup>59</sup>

- Los guantes deben usarse siempre en las escenas del crimen y durante los registros corporales.
- Cualquier corte o llaga abierta en el cuerpo de un agente debe cubrirse con vendas impermeables para evitar la posible entrada de patógenos.
- Los dispositivos de protección desechables deben utilizarse siempre para la reanimación boca a boca
- Deben proporcionarse otros equipos de protección personal, como gafas o máscaras impermeables, que estarán a disposición de los agentes, y que se llevarán cuando y donde sea apropiado (por ejemplo, cuando se esté en contacto con personas que puedan tener un comportamiento imprevisible).
- También deben seguirse buenas prácticas de higiene (lavarse las manos con regularidad, retirar el equipo sucio, mantener limpias las zonas de trabajo/uniformes).

Estas precauciones deben seguirse tanto si los agentes trabajan con alguien que vive con el VIH o el VHC como si no. Recuerde que **no es necesario adoptar medidas de precaución adicionales** cuando se trabaja con alguien que se sospecha que puede vivir con el VIH o el VHC.<sup>60</sup> Hacerlo puede propagar la desinformación pública sobre el riesgo y contribuir al estigma.

La fuente más importante de riesgo de VIH o VHC que un agente puede encontrar en su trabajo es la ISN. Para evitar dicho riesgo, los agentes deben participar en la búsqueda, manipulación y eliminación seguras de agujas y jeringuillas como una cuestión de seguridad laboral. La [Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ha esbozado un modelo de mejores prácticas en tres etapas](#) para que los agentes reduzcan su riesgo durante y después de los registros corporales.<sup>61</sup>

## Protocolos posteriores a la exposición

Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de las precauciones universales, como el uso de guantes, el lavado de manos y la manipulación cuidadosa de objetos punzantes. Sin embargo, a veces, a pesar de los mejores esfuerzos, los accidentes ocurren. Los protocolos postexposición pueden ayudar a minimizar el riesgo de infección postexposición y garantizar que se reciba la atención necesaria lo antes posible. Los protocolos postexposición variarán en función de la naturaleza del incidente:<sup>62</sup>

### (1) Protocolo tras la exposición a sangre u otros fluidos corporales:

- Lavar la zona expuesta con agua corriente
- Lavar la zona con abundante jabón u otro desinfectante
- Informar del incidente a la autoridad competente
- Busque atención médica inmediata
- Registrar el incidente según el procedimiento correspondiente

### (2) Protocolo tras el NSI:

- Enjuague la zona expuesta con agua corriente
- Lavar la zona expuesta con abundante jabón u otro desinfectante
- **No** forzar el sangrado de la herida
- **No** lamer, chupar o poner la boca sobre o cerca de la herida
- Informar del incidente a la autoridad competente
- Busque atención médica inmediata
- Registrar el incidente según el procedimiento correspondiente

En cualquier caso, dependiendo de la naturaleza o el alcance de la exposición, puede estar justificada la PPE y/o las pruebas del VIH y/o del VHC. En última instancia, el profesional médico debe decidir en cada caso. Pueden tomarse medidas adicionales para prevenir otras infecciones.

Siempre es aconsejable solicitar la prueba del VIH y/o del VHC si existe una preocupación por el riesgo. Aunque las pruebas pueden ser necesarias después de una posible exposición laboral, los proveedores de atención primaria o las clínicas locales de salud sexual también pueden proporcionar las pruebas. Las provincias y territorios de Canadá han establecido líneas de información gratuitas para responder a las preguntas sobre el VIH y el SIDA.

## Sección II: Derechos humanos, salud pública y el papel de la policía

### Aprendizaje Objetivos:

1. Explorar cómo el VIH y el VHC son moldeados por determinantes sociales más amplios y que interactúan:
  - Destacar los impactos duraderos de la colonización en el riesgo de VIH y/o VHC para las comunidades indígenas
2. Definir los derechos humanos e identificar las leyes específicas en Canadá que socavan los derechos humanos y/o crean barreras para el VIH y/o el VHC y otros servicios de salud, sociales y de apoyo entre las poblaciones prioritarias con las que la policía puede relacionarse.
3. Identificar el papel de la policía en la respuesta a los determinantes sociales del VIH y/o el VHC utilizando prácticas que respeten mejor la salud y los derechos humanos de las poblaciones prioritarias, incluyendo
  - Ejercer la aplicación discrecional de la ley para minimizar el impacto negativo del contacto con la policía
  - Utilizar un lenguaje y unas prácticas apropiadas y desestigmatizantes cuando se involucra a los miembros de las poblaciones prioritarias
  - Practicar la seguridad cultural en relación con las comunidades indígenas y otras poblaciones prioritarias

su riesgo de contraer la infección por el VIH y/o el VHC a lo largo de su vida. ¿Por qué puede ser así?

El VIH y el VHC son enfermedades "multifactoriales", lo que significa que están causadas por una serie de factores diferentes. En este manual se destacan algunos **factores comunitarios y sociales/estructurales** (para un desglose más detallado de estos

### VIH, VHC y los determinantes sociales de la salud

Recordemos que ciertas "poblaciones prioritarias" (gays/bisexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; personas que consumen drogas; pueblos indígenas; personas de comunidades etnoculturales; profesionales del sexo; personas que viven en instituciones penitenciarias o que han salido recientemente de ellas; personas transgénero; personas que viven con el VIH y/o el VHC y enfermedades relacionadas; así como las mujeres y los jóvenes de estas poblaciones) siguen representando una parte desproporcionada de los casos de VIH y/o VHC en Canadá. Incluso con los avances en el tratamiento, el aumento de los conocimientos científicos sobre el riesgo del VIH y y la llegada de medicamentos preventivos como la PrEP, las personas de las poblaciones prioritarias se enfrentan a limitaciones estructurales mucho mayores que aumentan

factores, véase el Apéndice B). Algunos de estos factores también se denominan **determinantes sociales de la salud**, ya que influyen en muchas otras condiciones más allá del VIH o el VHC.<sup>63</sup> Diferentes factores a nivel individual, interpersonal (entre personas), comunitario y social interactúan para determinar la vulnerabilidad al VIH. Utilizamos el término **vulnerabilidad al VIH** para describir la configuración particular de los factores de riesgo que determinan el riesgo de infección por el VIH entre un individuo, una comunidad o una población prioritaria.

## VIH Estigma

El estigma del VIH se refiere a las actitudes y creencias negativas sobre las personas que viven o están afectadas por el VIH. El estigma del VIH a menudo conduce a la discriminación y a la exclusión social o al aislamiento. Estos factores pueden hacer que las personas eviten acudir a los servicios de pruebas, prevención o tratamiento del VIH por miedo a ser juzgadas y maltratada. Experimentar o temer la discriminación basada en el estigma del VIH es, por tanto, uno de los muchos factores que pueden aumentar la vulnerabilidad al VIH de una persona.

Aunque se han producido algunos avances en la lucha contra el estigma del VIH, aún queda mucho trabajo por hacer. Los dos estudios de actitud más recientes<sup>64</sup> encargados por la Agencia de Salud Pública de Canadá revelaron que

- **El 15%** de las personas en Canadá sienten miedo de contraer el VIH cuando están cerca de personas que viven con el VIH;
- **El 24%** de las personas en Canadá se sienten incómodas al usar un jersey que alguna vez usó una persona que vive con el VIH;
- **El 51%** de las personas en Canadá se sentirían incómodas si un familiar o amigo cercano saliera con alguien que vive con el VIH;
- **El 22%** de los canadienses se sienten incómodos comprando en una pequeña tienda de comestibles del barrio cuyo propietario es una persona seropositiva;
- **El 40%** de los canadienses no utilizaría los servicios de un dentista o un médico que vive con el VIH y el 24% no utilizaría los servicios de un peluquero o un barbero que vive con el VIH;

- **El 66%** de los canadienses tiene creencias poco discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH, el 19% tiene creencias medias. nivel de discriminación, y el 15% tiene creencias discriminatorias de alto nivel; y
- **El 88%** de los canadienses cree que las personas que viven con el VIH pueden tener problemas para conseguir vivienda, atención sanitaria y empleo debido al estigma relacionado con el VIH.



## El VIH y las poblaciones prioritarias en Canadá

puede cruzarse con otros determinantes sociales de la salud, como el género, la raza y otras condiciones.

Cuando se piensa en los determinantes sociales del VIH, se tiende a pensar en cosas como la pobreza, la falta de acceso a la educación, el empleo y la alimentación, la falta de acceso a la atención sanitaria (incluidos los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH y el VHC o de reducción de daños), la vivienda insegura o inadecuada, los abusos, los traumas, la falta de apoyo social, el colonialismo, el racismo, el sexismo, la homofobia y la transfobia, entre otros determinantes.<sup>65</sup> Estos determinantes sociales pueden influir en el hecho de que una persona pueda o no acceder a las pruebas y el tratamiento del VIH o tomar medidas para prevenirlo.

transmisión (por ejemplo, el uso de preservativos o de equipos estériles para medicamentos). Las poblaciones prioritarias están profundamente condicionadas por diferentes determinantes sociales a lo largo de su vida.

Pero, ¿qué hay detrás de los determinantes sociales? ¿Qué fuerzas estructurales crean las condiciones en las que las poblaciones prioritarias se enfrentan a la pobreza y a la falta de acceso a la reducción de daños y a otros servicios sanitarios, a la vivienda, o alimentos nutritivos?

A continuación se presentan algunos relatos de primera mano de individuos de poblaciones prioritarias que describen las condiciones que dan lugar a una mayor vulnerabilidad al VIH, y cómo los factores a menudo se entrecruzan de manera que agravan la vulnerabilidad al VIH. Estos extractos se han extraído de una serie de estudios de investigación cualitativa que examinan el "riesgo de VIH" con la esperanza de que pongan de relieve cómo a menudo hay muchos determinantes sociales que afectan a la probabilidad de que alguien adquiera el VIH.

### Determinantes sociales que afectan a todas las poblaciones prioritarias

La **exclusión social** y el **acceso inadecuado a la atención sanitaria** son los principales determinantes que afectan a la vulnerabilidad al VIH, según todas las poblaciones prioritarias.

#### Exclusión social

Muchas personas que viven y están afectadas por el VIH se enfrentan al estigma y la exclusión social. A menudo, estas personas afirman sentirse condenadas al ostracismo por la sociedad o ser "tratadas como basura".<sup>66</sup> También pueden experimentar un estigma y una vergüenza interiorizados que les disuaden de buscar un tratamiento médico adecuado o de revelar su estado a sus amigos y familiares. La exclusión social varía en función de la ubicación social de cada uno y



“ Si salgo tres o cuatro veces con una mujer, después de tres o cuatro veces: '¿Por qué siempre usamos condón?' Luego se lo explico, y es "¡Adiós!"<sup>68</sup>

- **Hombre que vive con el VIH**

### Acceso a la sanidad

Las poblaciones prioritarias a menudo se enfrentan a barreras para acceder a la atención sanitaria. Para las personas que buscan recursos de prevención del VIH o del VHC, el acceso inadecuado a la atención sanitaria aumenta el riesgo de infección por el VIH y el VHC. Para las personas que viven con el VIH, los prejuicios en el sistema sanitario pueden ser un importante factor de disuasión a la hora de acceder y mantener la atención.

Numerosos ejemplos en Canadá demuestran las consecuencias mortales del racismo antiindígena y antinegro en el sistema sanitario, y los comportamientos racistas y discriminatorios pueden ser más manifiestos y extremos cuando una persona vive con el VIH.

Las personas LGBTQ2S pueden enfrentarse a la violencia homofóbica y transfóbica, que puede servir de barrera para buscar la atención sanitaria adecuada y disuadir a las personas de revelar su condición a sus familiares y amigos.

Las personas encarceladas también se enfrentan a un riesgo mucho mayor de infección por el VIH y el VHC debido a la falta de acceso a equipos de inyección estériles, preservativos y otras medidas de reducción de daños que están disponibles para las personas fuera de la cárcel,<sup>71</sup> y las personas que han estado encarceladas también describen el sistema sanitario como difícil de manejar. Las personas que se inyectan drogas informan de los prejuicios que sufren al intentar acceder a los servicios de consumo supervisado o a otros programas de reducción de daños, lo que puede disuadirles de buscar equipos estériles para el consumo de drogas y otros servicios de reducción de daños.

“ Aceptarse a sí mismo con el VIH es difícil. Es realmente difícil. Es difícil vivir con ello. Es difícil tener una vida normal”.

- **Mujer trans que vive con el VIH**

“ Creo que si hay más educación, la discriminación también desaparecerá un poco porque la gente entenderá mejor por lo que pasan estas personas”.

- **Trabajador del sexo**

La investigación sobre las mujeres que consumen drogas y se dedican al trabajo sexual en la calle reveló que están sometidas a una fuerte vigilancia policial y a altos índices de violencia que probablemente minimizan el impacto de los esfuerzos de reducción de daños y las exponen a muchos daños relacionados con la salud y las drogas.<sup>72</sup>

Todas estas experiencias pueden agravarse en el caso de las mujeres y las personas de género diverso que viven con el VIH, que también pueden experimentar el sexismo, la homofobia y la transfobia de los proveedores de atención sanitaria. Por ejemplo, las personas transgénero han informado de que tienen grandes dificultades para obtener información específica sobre los programas de prevención y tratamiento del VIH.<sup>73</sup>

“ No te tratan como a un paciente normal ”<sup>74</sup>.

- Amigo de una mujer que vive con el VIH

“ Cuando llegó [la doctora] tenía tres pares de guantes y, sin embargo, no era un problema relacionado con el VIH! ”<sup>75</sup>

- Mujer que vive con el VIH

“ He pasado bastante tiempo [allí] aprendiendo lo que hay que hacer para conseguir esta asistencia sanitaria gratuita, porque ya sabes que es una asistencia gratuita, pero, caramba, vas a esperar bastante tiempo y tienes que conocer, ya sabes, los entresijos ”.<sup>76</sup>

- Un hombre excarcelado que vive con el VIH

“ Si sólo hay una aguja y sois dos, la van a compartir... cuando estás en tu adicción, no te importa ”.

- Persona anteriormente encarcelada que consume drogas

“ Las tiendas no te venden agujas si pareces un "drogadicto"... y entonces irías a usar la aguja de otra persona ”.

- Persona anteriormente encarcelada que se inyecta drogas

“ Las mujeres de color guardan silencio sobre sus necesidades y lo que quieren exactamente de una [organización de servicios contra el SIDA] porque piensan que no se puede cambiar. Tienen miedo de que, si dicen algo, se lo quiten ”.<sup>80</sup>

- Mujer negra que vive con el VIH

### Pueblos indígenas

El colonialismo en Canadá es un determinante estructural de la salud indígena.<sup>81</sup> Los efectos del colonialismo, que incluyeron la creación de instituciones como la Policía Montada del Noroeste para desplazar por la fuerza a los pueblos indígenas, reprimieron la autodeterminación indígena, desestabilizaron la lengua, la cultura y la sociedad indígenas, y despojaron a los individuos de sus tierras.<sup>82</sup> Además, la creación del sistema de reservas, la reubicación de familias y comunidades en territorios nuevos y desconocidos, las "generaciones robadas" de niños indígenas sometidos a abusos físicos y sexuales como pupilos de los sistemas de internados y de bienestar infantil, el acceso restringido a las medicinas tradicionales y occidentales, el racismo y la discriminación contra los Pueblos Indígenas que persisten hoy en día actúan como profundos determinantes de la salud indígena.<sup>83</sup> El colonialismo de los colonos, combinado con los determinantes sociales mencionados anteriormente, explican por qué los pueblos indígenas se ven afectados de forma desproporcionada por el VIH y el VHC.

En conjunto, estos relatos ilustran cómo la vulnerabilidad y el riesgo de contraer el VIH están determinados por muchos factores sociales y económicos. determinantes estructurales de la salud y deben ser reconocidos cuando se interactúa con personas pertenecientes a estas poblaciones prioritarias.

### Resistencia al VIH

Es importante señalar que, a pesar de los numerosos factores estructurales que aumentan su vulnerabilidad al VIH y al VHC, las poblaciones prioritarias encarnan la resistencia, la tenacidad y el optimismo y prosperan en nuestra sociedad.

“ Tenemos mucho que afrontar. Y, al final del día, nos sentamos y nos sentimos deprimidos, nos sentimos mal, pero tenemos hijos que cuidar, enviarlos a la escuela, algunos de nosotros trabajamos. Así que nos levantamos y afrontamos el día como si no pasara nada, aunque nos duela por dentro. Creo que esa es nuestra mayor fuerza ”.<sup>84</sup>

- Mujer que vive con el VIH

“ No hay información. Habla de la forma en que una lesbiana puede y no puede obtener la prevención del VIH”.<sup>79</sup>

- LGBTQ2S mujer

Las redes sociales y los grupos de apoyo entre iguales son recursos vitales para las personas que viven con el VIH. Estos grupos proporcionan entornos abiertos en los que las personas pueden apoyarse mutuamente.

## VIH y derechos humanos

Los derechos humanos son los derechos y libertades básicos que todas las personas tienen desde su nacimiento. Un aspecto central de estos derechos es el derecho a una vida en igualdad y libre de discriminación, a la dignidad, al respeto, a la salud, a la seguridad, a la libertad y a la privacidad.<sup>85</sup>

En Canadá, los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y/o el VHC y las poblaciones prioritarias están protegidos por numerosas leyes. Para los fines de este manual, nos centramos en la *Carta Canadiense de Derechos y Libertades*, la legislación federal y provincial/territorial sobre derechos humanos, los Llamamientos a la Acción de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá y las *Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*.

### (1) *Carta de Derechos y Libertades de Canadá:*

La *Carta de Derechos y Libertades de Canadá* (Carta) forma parte de la Constitución y garantiza determinados derechos y libertades.<sup>86</sup> Dos disposiciones de la Carta tienen especial relevancia para las poblaciones prioritarias. En el artículo 7, la Carta garantiza que:

*Todo el mundo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona y a no ser privado de ellas, salvo de conformidad con los principios de la justicia fundamental.*

Esta sección de la Carta se ha interpretado, por ejemplo, para defender los derechos de las personas que consumen drogas, los trabajadores del sexo y las personas encarceladas a la "libertad" y la "seguridad de la persona".

En el artículo 15, la Carta garantiza que:

*Toda persona es igual ante la ley y en virtud de ella, y tiene derecho a igual protección y beneficio de la ley sin discriminación y, en particular, sin discriminación por motivos de raza, origen nacional o étnico, color, religión, sexo, edad o discapacidad mental o física.*

El término "discapacidad" de esta sección se ha interpretado en varios casos para incluir el VIH y el SIDA, lo que significa que las personas que viven con el VIH tienen derecho a la protección constitucional contra la discriminación relacionada con el VIH perpetuada por todos los niveles de gobierno en todo el país.<sup>87</sup> Esta sección también se ha interpretado para defender a las mujeres y a las personas LGBTQ2S de los actos discriminatorios de los gobiernos.

### (2) *Protección federal en virtud de la Ley de Derechos Humanos de Canadá:*

La *Ley Canadiense de Derechos Humanos* (CHRA) es una ley federal que prohíbe la discriminación por diversos motivos en ámbitos como el empleo; el alojamiento; el suministro de bienes, servicios e instalaciones; y la pertenencia a un sindicato.<sup>88</sup> La CHRA reconoce la discriminación por motivos de raza, etnia, nacionalidad, religión, color, credo, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, estado civil, situación familiar, discapacidad, características genéticas y condenas anteriores por las que se haya concedido un indulto.

Al igual que la Carta, los tribunales han reconocido el VIH y el SIDA como una discapacidad en virtud de la CRHA.<sup>89</sup> A diferencia de la Carta, la CHRA (y su provincial/territorial) se aplica *tanto al* sector público (es decir, empleadores y proveedores de servicios regulados por el gobierno federal) como al privado. Es decir, la CHRA protege a las personas que viven con el VIH de la discriminación en los departamentos, organismos y empresas de la corona del gobierno federal, *así como* en las industrias privadas reguladas por el gobierno federal, como los bancos fletados, las líneas aéreas, los medios de comunicación y las empresas de telecomunicaciones, y el transporte público.

### (3) *Legislación provincial y territorial sobre derechos humanos*

Las provincias y los territorios también cuentan con una legislación antidiscriminatoria que protege a las personas de la discriminación por parte de los gobiernos provinciales y municipales, las empresas, las organizaciones sin ánimo de lucro y los individuos dentro de esa provincia o territorio por motivos como el alojamiento (vivienda), los bienes, servicios e instalaciones, las escuelas, la vivienda y el empleo.

No todas las provincias y territorios de Canadá

ofrecen la misma protección de los derechos humanos, pero todas prohíben la discriminación por el estado serológico de una persona.

No hay ninguna referencia explícita al VIH en las distintas leyes contra la discriminación, pero está claro que vivir con

El VIH está cubierto por términos como "discapacidad", un motivo de discriminación prohibido.

#### (4) Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá: Llamadas a la acción

La Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá (CVR) se creó en 2008 para dar testimonio de los desastrosos efectos de los internados en la vida de los pueblos indígenas y facilitar la reconciliación entre los antiguos alumnos y sus familias, sus comunidades, los gobiernos y todos los canadienses. Para reparar el legado de los internados y avanzar en la reconciliación, en su informe final la CVR pidió

los gobiernos, las instituciones educativas y religiosas, los grupos de la sociedad civil y todos los canadienses para que actúen según las 94 llamadas a la acción que ha identificado.<sup>90</sup>

El Llamamiento a la Acción 19 insta al gobierno federal a que, "en consulta con los pueblos aborígenes, establezca objetivos cuantificables para identificar y cerrar las brechas en los resultados sanitarios entre las comunidades aborígenes y las no aborígenes", centrándose, entre otras cuestiones, en la salud mental, la drogodependencia, las enfermedades crónicas (que incluyen el VIH y el VHC) y la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados.

Los llamamientos a la acción 30 y 38 instan a los gobiernos federales, provinciales y territoriales a comprometerse a eliminar la "sobrerrepresentación de los aborígenes detenidos" y la "sobrerrepresentación de los jóvenes aborígenes detenidos" durante la próxima década.

El Llamamiento a la Acción 57 insta a los gobiernos federales, provinciales, territoriales y municipales a "proporcionar educación a los funcionarios públicos sobre la historia de los pueblos aborígenes, incluyendo la historia y el legado de los internados, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, los Tratados y los derechos de los aborígenes",

El derecho indígena y las relaciones entre los aborígenes y la Corona. Esto requerirá una formación basada en habilidades en competencia intercultural, resolución de conflictos, derechos humanos y antirracismo."

Como parte del poder ejecutivo, los agentes de policía tienen la obligación de ayudar a hacer realidad estos llamamientos a la acción.

#### (5) *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos* (Directrices), Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Estas Directrices hacen hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos como estrategia clave en la respuesta mundial al VIH.<sup>91</sup> Además, destacan que el derecho humano fundamental a la salud debe incluir el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas. La Directriz 6 establece específicamente que los gobiernos deberían "adoptar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, de forma sostenida e igualitaria, la disponibilidad y accesibilidad de bienes de calidad, servicios e información para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH, incluidos los antirretrovirales y otros medicamentos seguros y eficaces, los diagnósticos y las tecnologías conexas para la prevención, la curación y los cuidados paliativos atención al VIH y a las infecciones y afecciones oportunistas relacionadas".

Para la policía, esto significa que, al aplicar la ley penal, debe hacerse hincapié en el apoyo a las poblaciones prioritarias (directriz 4c) y garantizar que la policía no sea un impedimento para medidas como los servicios de consumo supervisado que reducen el riesgo de VIH y la transmisión del VHC entre los consumidores de drogas (directriz 4d).

Las leyes y políticas descritas anteriormente aclaran que las personas que viven y están afectadas por el VIH y el VHC en Canadá tienen derecho a la protección contra la discriminación y tienen derecho a la salud, incluido el acceso a las pruebas, la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el VHC. **Como agentes de la ley, la policía tiene la responsabilidad de garantizar que se respeten estos derechos fundamentales.** Sin embargo, hay leyes en Canadá que socavan la salud y los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y/o el VHC y de las poblaciones prioritarias. Estas leyes crean barreras para el VIH y/o el VHC y otros servicios sanitarios, sociales y de apoyo, impidiendo así estrategias de salud pública de probada eficacia.

## Leyes y políticas penales que afectan al acceso al VIH/VHC y a otros servicios sanitarios, sociales y de apoyo

En Canadá, varias leyes penales afectan al acceso de las poblaciones prioritarias al VIH y/o al VHC y a otros servicios sanitarios, sociales y de apoyo. Para los fines de este manual, nos hemos centrado en tres de ellas que son las más pertinentes para el ámbito de la práctica de un agente de policía de calle. Como ha destacado la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley

*El uso de leyes y políticas para discriminar a las personas que viven con el VIH..., o para criminalizar el trabajo sexual, el consumo de drogas... suelen promulgarse y aplicarse en nombre de la salud y la seguridad públicas. Sin embargo, suelen provocar lo contrario, especialmente para los grupos marginados.*<sup>92</sup>

### (1) La criminalización de la no revelación del VIH

Una persona que vive con el VIH en Canadá puede ser procesada penalmente por no revelar su condición de seropositivo a su pareja antes de mantener relaciones sexuales que conlleven una "posibilidad realista de transmisión". Canadá es el país con el mayor número de procesamientos por no revelar el estado serológico del VIH en todo el mundo. A finales de 2020, se habían producido al menos 225 procesamientos por presunta no revelación del VIH en Canadá, y las personas han sido acusadas más comúnmente de los delitos de agresión sexual y agresión sexual agravada.<sup>93</sup>

La criminalización del VIH puede haber tenido como objetivo prevenir lo que nuestra sociedad considera un comportamiento moralmente inaceptable, pero en su lugar esta respuesta política punitiva refuerza el estigma del VIH, perpetúa el discurso mediático racista sobre las personas negras acusadas del delito,<sup>94</sup> y socava los derechos humanos de las personas que viven con el VIH. Tampoco es útil en el contexto de la salud pública. Estos procesamientos pueden afectar de forma desproporcionada a las personas más marginadas que viven con el VIH, incluidas las que no tienen acceso a los medicamentos o a la atención sanitaria continuada, como los recién llegados de raza y los indígenas, o los que están en relaciones abusivas y/o no pueden insistir con seguridad en el uso del preservativo o revelar su estado de VIH a sus parejas sexuales.<sup>95</sup> En Canadá, una gran proporción de los casos de criminalización contra las mujeres involucran a mujeres indígenas y a mujeres con un historial de abuso. Además, la criminalización puede disuadir a las personas de hacerse la prueba y conocer su estado serológico por miedo a que su información sanitaria pueda utilizarse para presentar cargos penales. Este miedo actúa como una barrera para las pruebas del VIH y la prevención, el tratamiento y la atención.<sup>96</sup>

Los agentes de la ley pueden encargarse de involucrar a los denunciadores, realizar detenciones o presentar cargos en casos de no revelación. Los juicios por no revelación del VIH son muy delicados y complejos, y tendrán una duración, impactos perjudiciales en el individuo procesado. Es importante estar familiarizado con la ciencia más

reciente en torno a

la penalización de la no revelación del VIH y llevar a cabo investigaciones con sensibilidad, moderación y precaución para decidir si se emprenden acciones legales. La práctica óptima es que la policía consulte, en una fase temprana de la investigación, a un experto en derecho y ciencia del VIH. En cuanto a la ley, un recurso que se puede consultar es *The Criminalization of HIV Non-Disclosure in Canada: Current Status and the Need for Change*.<sup>97</sup>



Sobre la base de las pruebas científicas más recientes, no se deben emprender acciones judiciales en los casos de presunta

La no revelación del VIH cuando se utilizó un preservativo o la persona que vive con el VIH tenía una carga vírica baja o indetectable o está bajo un tratamiento antirretrovírico eficaz, o en los casos que sólo implican sexo oral.<sup>98</sup> Al decidir presentar cargos en caso de presunta no revelación del VIH, la policía también debería considerar los factores de interés público que son específicos de los casos de presunta no revelación del VIH, como un posible desequilibrio de poder en las relaciones íntimas en las que el acusado está en una posición subordinada. Muchas personas que viven con el VIH viven con el temor de ser acusadas falsamente por parejas vengativas. Dado que es muy difícil para una persona que vive con el VIH demostrar que, de hecho, reveló su estado seropositivo a su pareja sexual, la criminalización de la no revelación del VIH puede utilizarse como arma para chantajear a quienes mantienen relaciones abusivas.

Los denunciantes deben ser informados, cuando se justifique, del tratamiento de profilaxis posterior a la exposición (PEP) en casos de exposición al VIH y se les debe proporcionar referencias adecuadas para el tratamiento PEP, pruebas de VIH, apoyo, asesoramiento e información sobre el VIH, apoyo a las víctimas y asesoramiento jurídico. También se debe informar a los denunciantes, de manera muy sensible, sobre las consecuencias de presentar una denuncia en relación con la no revelación del VIH, incluidas las cuestiones de privacidad. La policía debe asegurarse de que los denunciantes han recibido la información y el apoyo necesarios para tomar una decisión informada.

Y aunque no implique actividad sexual, es importante subrayar que, debido al riesgo insignificante de transmisión, el VIH no debería ser un elemento relevante en los casos de escupir, arañar y morder.<sup>99</sup> En particular, la policía no debería perseguir la detención por cargos de agresión con agravantes contra las personas que viven con el VIH en ningún caso que implique escupir, morder o arañar, porque no hay posibilidad de poner en peligro la vida.

La policía debe tener en cuenta las repercusiones negativas de revelar públicamente el estado seropositivo de una persona, dado el alto nivel de estigmatización que sufren las personas que viven con el VIH.<sup>100</sup> La policía debe garantizar que se respete la privacidad del estado serológico y de otra

información médica en la mayor medida posible (se aplica a acusados y denunciantes). Los comunicados de prensa que incluyen el nombre, la imagen o la información sanitaria de un acusado son extremadamente perjudiciales para las personas que viven con el VIH. La policía debe ser consciente de que incluso cuando el VIH es

si no se especifica en un comunicado de la policía o de los medios de comunicación, el público en general o las personas relacionadas con el acusado pueden entender que éste vive con el VIH porque de conocimiento general de los procesos de no divulgación del VIH en Canadá.

## (2) La criminalización de los consumidores de drogas

Según la *Ley de Drogas y Sustancias Controladas* (CDSA), es ilegal poseer, obtener o distribuir ciertas drogas en Canadá.<sup>101</sup> La penalización y el estigma asociado disuaden a muchas personas de acceder a los servicios de reducción de daños y a otros servicios sanitarios.

Esto es quizás más evidente cuando la gente tiene miedo de llamar al 911 en el contexto de una sobredosis. Las investigaciones realizadas en Canadá han demostrado que los obstáculos más comunes para llamar al 911 son el miedo a ser detenido y el miedo a perder la custodia de los hijos.<sup>102</sup> La *Ley del Buen Samaritano en materia de sobredosis de drogas* modifica la CDSA para eximir tanto a las víctimas como a los testigos de ser acusados o condenados por simple posesión de drogas cuando se solicita ayuda de emergencia para una sobredosis, si las pruebas en apoyo del delito se obtuvieron o descubrieron como resultado de la búsqueda de ayuda o de la permanencia en el lugar de los hechos.<sup>103</sup> La búsqueda de ayuda de emergencia puede incluir la llamada al 911, la salida del lugar de los hechos para llamar al 911 o la salida del lugar de los hechos para localizar asistencia médica de emergencia. Una persona que llama al 911 pero se marcha antes de que lleguen los servicios de emergencia tiene la misma exención. En el contexto de una crisis de sobredosis sin precedentes en Canadá, es vital que la policía conozca y respete esta ley para animar a la gente a llamar al 911 en el contexto de una sobredosis. Al mismo tiempo, la presencia de la policía en un evento de sobredosis, aunque no se presenten cargos por simple posesión de drogas, supone una barrera continua para que la gente llame al 911, porque la gente sigue informando de que es interrogada por la policía en una sobredosis.

Para más información sobre este tema, véase [The Good Samaritan Drug Overdose Act: The Good, The Bad, and The Ineffective](#)<sup>104</sup> y ["That's why people don't call 911": Acabar con la asistencia rutinaria de la policía en las sobredosis de drogas.](#)<sup>105</sup>

La presencia policial también puede disuadir a los consumidores de drogas de los servicios de reducción de daños, como los programas de agujas y jeringuillas o los servicios de consumo supervisado. Muchas personas que consumen drogas han informado de que la vigilancia policial

y el interrogatorio de las personas que acceden a estos servicios sanitarios, así como la confiscación del material obtenido en estos servicios.<sup>106</sup> La policía debería considerar cómo puede llevar a cabo su trabajo sin disuadir a las personas de acceder a estos servicios sanitarios cruciales. Mejor aún, los departamentos de policía deberían tener una política clara y coherente que no impida el acceso a la reducción de daños y a otras iniciativas de base comunitaria. El debate con los proveedores de servicios de reducción de daños puede ayudar a desarrollar protocolos constructivos para las operaciones policiales en sus proximidades.

### (3) La criminalización del trabajo sexual

En Canadá, los actuales delitos penales específicos del trabajo sexual contemplados en el *Código Penal de Canadá*, incluidos los introducidos en diciembre de 2014,<sup>107</sup> prohíben:

- obstaculizar el tráfico o a los peatones o comunicarse en un lugar público junto a un recinto escolar, un patio de recreo o una guardería, con el fin de ofrecer, prestar u obtener servicios sexuales (artículo 213);
- comprar o intentar comprar sexo en cualquier lugar y en cualquier momento (sección 286.1);
- beneficiarse materialmente de los servicios sexuales (sección 286.2);
- contratación de servicios sexuales (sección 286.3); y
- la publicidad de servicios sexuales (sección. 286.4).

Las investigaciones han demostrado sistemáticamente que la criminalización del trabajo sexual y la respuesta policial al mismo obligan a los profesionales del sexo a desplazarse a lugares más ocultos en la calle y en locales cerrados; reducen su capacidad para investigar a posibles clientes y negociar las condiciones de las transacciones sexuales (como el uso del preservativo), que son vitales para su consentimiento informado, y limitan el acceso a los servicios sanitarios, incluida la atención del VIH. Policía excesiva o agresiva

La aplicación de la ley se ha relacionado de forma independiente con el aumento de la violencia selectiva, la negativa de los clientes a utilizar preservativos y el miedo de los trabajadores del sexo a llevarlos.<sup>108</sup>

La policía debe ser consciente de las implicaciones de la vigilancia en el acceso de los profesionales del sexo a los servicios sanitarios (incluidas las pruebas del VIH y el VHC, la prevención, el tratamiento y la atención) y de las formas en que esta elaboración de perfiles refuerza una relación antagónica entre los profesionales del sexo y la policía. Además, los funcionarios deben abstenerse de emprender iniciativas (incluida la aplicación de leyes no relacionadas con el trabajo sexual, es decir, las que regulan la vagancia o el merodeo) para eliminar y desplazar a los trabajadores del sexo de los espacios públicos; las denuncias por molestias presentadas contra los trabajadores del sexo deben resolverse utilizando el método menos intrusivo

posible.

Al mismo tiempo, hay una larga historia de que la policía está menos inclinada a investigar los delitos cometidos contra los trabajadores del sexo.<sup>109</sup> La policía debe mantener su obligación de tratar a todos los denunciantes de forma justa y con dignidad y respeto, y proporcionar protección policial a los trabajadores del sexo cuando se solicita.

Para más información sobre este tema, véase [\*The Perils of "Protection": Sex Workers' Experiences of Law Enforcement in Ontario\*](#).<sup>110</sup>

## Importancia de mantener la privacidad y el tratamiento del VIH

Si se produce una detención en cualquiera de los casos descritos anteriormente, es fundamental mantener la privacidad de la persona que vive con el VIH. Si alguien bajo custodia revela su condición de VIH o VHC a un agente, éste debe determinar si esa persona está actualmente en tratamiento y facilitar el acceso a esa medicación lo antes posible. <sup>111</sup> La omisión de dosis de medicación para el VIH puede afectar negativamente a la carga viral y al recuento de CD4 de una persona. <sup>112</sup> La detención también puede disminuir el acceso a otros cuidados médicos apropiados e introducir graves problemas de seguridad personal

La preocupación por las personas que viven con el VIH, que sigue estando muy estigmatizada dentro del sistema penitenciario y puede dar lugar a amenazas, intimidación o violencia dirigidas a un acusado que vive con el VIH.

Tampoco se debe dar por sentado que una persona que vive con el VIH o el VHC ha revelado su estado, ni siquiera a amigos o familiares cercanos. Para defender su derecho a la intimidad, siempre hay que pedir su consentimiento antes de revelar su estado a nadie.

---

## Policía y público Salud

Los expertos en salud pública se refieren a veces a las poblaciones prioritarias como "poblaciones de difícil acceso" debido a su marginación social, política y económica. Sin embargo, sabemos que la policía se encuentra con poblaciones prioritarias todo el tiempo en el servicio de calle.

A continuación, exponemos las prácticas que puede emplear la policía para respetar mejor la salud y los derechos humanos de las poblaciones prioritarias.

### Práctica 1. Ejercer la aplicación discrecional para minimizar el impacto negativo del contacto policial

Los agentes de policía suelen gozar de un cierto grado de discrecionalidad en la prestación de sus servicios. En consonancia con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito<sup>113</sup> y el jurista Kenneth <sup>Davis</sup><sup>114</sup>, definimos la "discrecionalidad" como tal:

*Un funcionario tiene discrecionalidad siempre que los límites efectivos de [su] poder lo dejen libre para elegir entre posibles cursos de acción o inacción.*

cabo una vigilancia agresiva, ni detenciones, ni confiscar equipos para el consumo de drogas o materiales para el sexo seguro, y no asistir a las sobredosis a menos que se solicite su presencia para responder a una amenaza para la seguridad. Cada una de ellas representa un modo de aplicación discrecional que puede reducir el impacto de la actuación policial en el acceso de la población a los servicios sanitarios.

El ejercicio de la aplicación discrecional de la ley, especialmente cuando no está guiada, ha sido identificado como una herramienta que la policía utiliza y que contribuye a la detención y acusación dispares de personas negras y de otras razas. <sup>115</sup> Un estudio realizado en 2020, por ejemplo, reveló que los negros y los indígenas estaban sobrerrepresentados en las detenciones por posesión de cannabis en todo Canadá, a pesar de no consumir más sustancias que otras personas en Canadá. <sup>116</sup> Para muchas poblaciones prioritarias, especialmente las que están bajo la amenaza constante de criminalización, cualquier encuentro con la policía puede percibirse como intrusivo, aterrador y coercitivo. Pero la policía también puede usar su discreción para minimizar el contacto con las poblaciones prioritarias que impiden su acceso a los servicios de VIH y/o VHC, especialmente en lo que respecta a la posesión de drogas y el trabajo sexual. Esto significa que hay que tomar medidas menos punitivas, como ejercer la discreción de la policía para no llevar a

El Departamento de Policía de Vancouver (VPD) ha adoptado formalmente una estrategia de aplicación discrecional de la <sup>ley117</sup>, que reconoce el grado de aplicación que los agentes pueden ejercer en los casos de posesión de drogas, incluida la incautación de la sustancia, y/o la detención, y/o la acusación de un individuo. Según esta estrategia, la aplicación de las leyes de simple posesión se deja a la discreción de cada agente, pero sólo se justifica en la medida en que la persona "tenga comportamientos que perjudiquen y/o interfieran en el uso o disfrute legal de la propiedad pública o privada y/o contribuir al desorden en la calle".<sup>118</sup>

Reconociendo la ineficacia de la aplicación actual de la prohibición de la posesión simple de drogas, en julio de 2020, la Asociación Canadiense de Jefes de Policía publicó un informe, *Decriminalization for Simple Possession of Illicit Drugs: Exploring Impacts on Public Safety & Policing*, en el que se reconoce que el consumo problemático de drogas es una cuestión de salud pública y se concluye que la despenalización de la posesión simple de drogas es una forma eficaz de reducir los daños para la salud y la seguridad públicas asociados al consumo de sustancias.<sup>119</sup> En agosto de 2020, el Ministerio Público de Canadá publicó *las Directrices 5.13 sobre el enjuiciamiento de la posesión de sustancias controladas en contra del artículo 4(1) de la Ley de Drogas Controladas y La Ley de Sustancias* reconoce también que "las sanciones penales, como respuesta primaria, tienen una eficacia limitada como (i) disuasión específica o general y (ii) como medio de abordar las preocupaciones de seguridad pública al considerar los efectos nocivos de los antecedentes penales y los períodos cortos de encarcelamiento" y ordenar a los fiscales que se centren en los "casos más graves" que suscitan preocupaciones de seguridad pública para su enjuiciamiento y que, por lo demás, busquen "alternativas adecuadas". medidas y desvío del sistema de justicia penal para los casos de simple posesión".<sup>120</sup>

En relación con esto, el VPD también adoptó una política que reconoce que "[una] sobredosis de drogas es, por su propia naturaleza, una emergencia médica" y que "hay poco valor en asistencia policial a una sobredosis rutinaria no mortal". Por ello, se aconseja que los agentes de policía de Vancouver estén presentes sólo en situaciones que supongan una amenaza para la seguridad pública.<sup>121</sup>

Como trabajadores de primera línea, la policía podría reducir las barreras a las que se enfrentan las poblaciones prioritarias para acceder a los programas y servicios que promueven su salud, incluido el acceso a las pruebas del VIH y el VHC, la prevención, el tratamiento, la atención, el apoyo y la reducción de daños y otros servicios sanitarios. En lugar de detener y presentar cargos, la policía podría familiarizarse con el trabajo de los programas locales de salud pública y reducción de daños y otros recursos adecuados en sus regiones.

Si se les solicita, la policía debe estar preparada para remitir a las personas de su comunidad a las organizaciones locales que prestan servicios que incluyen, entre otros, el consumo de drogas estériles equipos, consumo supervisado, prevención de sobredosis, tratamiento del consumo de sustancias, pruebas de VIH, VHC e ITS, VIH y el VHC, el tratamiento del VIH y el VHC y la información y el asesoramiento en materia de salud sexual.

**Reflexión:** ¿Conozco los programas y servicios de prevención del VIH y el VHC en mi comunidad a los que ¿Puedo proporcionar una referencia? ¿Cómo puedo saber más sobre los servicios que se ofrecen en un centro de consumo supervisado local?

## Práctica 2. Reducir el lenguaje y el comportamiento estigmatizante cuando se prestan servicios a las personas que viven o están afectadas por el VIH o el VHC:

El uso de un lenguaje y un comportamiento respetuosos cuando se trata de personas que viven o están afectadas por el VIH o el VHC defiende su derecho a no ser discriminadas por la ley. El lenguaje respetuoso podría incluir el lenguaje que da prioridad a la persona, que hace hincapié en un La gente debe ser consciente de la individualidad, la igualdad y la dignidad de la persona, pero, en última instancia, hay que referirse a ella en los términos que prefiera. Esto incluye sus pronombres preferidos y si deciden identificarse como miembros de una población prioritaria. Al considerar las poblaciones prioritarias, hay numerosos términos anticuados y perjudiciales que deben evitarse. Estos términos pueden reforzar el estigma y aumentar la vulnerabilidad al VIH o al VHC. A continuación se presentan algunos de estos términos, junto con un lenguaje más aceptable.

Población prioritaria	Términos a evitar	Condiciones de uso
<b>Comunidad LGBTQ2S</b>	"Homosexual", "Marica", "Tortillera", "Marica", "Transgénero", "Travesti"	"Personas LGBTQ2S", "Gay", "Lesbiana", "2 Spirit" (si es indígena), "Transgénero"
<b>Comunidad indígena</b>	"Indio"	"Indígena", "aborigen" o, más concretamente, "Primeras Naciones", "Inuit" o "Metis", según corresponda
<b>Personas que consumen drogas</b>	"Drogadicto", "Consumidor", "Adicto", "Yonqui"	"Persona que consume drogas"
<b>Trabajadores del sexo</b>	"Prostituta", "Ramera", "Putas", "Zorra"	"Trabajador del sexo" o "Persona que vende o intercambia sexo"
<b>Personas que viven con el VIH</b>	"Portador del SIDA", "portador del VIH", "infectado por el VIH"	"Persona que vive con el VIH"

### Práctica 3. Incorporar la seguridad cultural en los servicios prestados a los pueblos indígenas y otras poblaciones prioritarias

La policía debe asegurarse de que su prestación de servicios a los indígenas es sensible a la historia y a las necesidades únicas de esta población prioritaria. Más allá de su papel en planes coloniales como el Scoop de los años sesenta, la policía es criticada con frecuencia por su contribución al exceso de vigilancia, la desprotección y el exceso de encarcelamiento de los indígenas, incluso en lo que respecta a la actual crisis de mujeres y niñas indígenas desaparecidas y asesinadas (MMIWG) en Canadá.

A un nivel más profundo, se entiende que los modos punitivos de justicia occidentales chocan fundamentalmente con los enfoques indígenas, que ponen menos énfasis en el castigo penal y más en la curación colectiva, la justicia restaurativa y el retorno al equilibrio/armonía de la comunidad.<sup>122</sup>

Los agentes deben practicar siempre la seguridad cultural en su prestación de servicios a los indígenas. La seguridad **cultural** es una filosofía que se desarrolló para su uso en entornos sanitarios, pero que desde entonces se ha aplicado a la labor policial. La seguridad cultural se basa en el reconocimiento de que al prestar servicios a una persona indígena: la forma de saber del usuario del servicio es válida, el usuario del servicio es un socio activo en el proceso de toma de decisiones, y el usuario del servicio puede entender cuando el servicio que recibe es seguro para él.<sup>123</sup>

En el contexto de la actuación policial, la seguridad cultural incluye una comunicación clara, el respeto a las diferencias culturales y de valores, la evitación de estereotipos perjudiciales o de un lenguaje estigmatizante, y el reconocimiento de que cada persona tiene una historia y un conjunto de experiencias únicas que pueden afectar a su compromiso con la ley.

Estas interacciones interpersonales contribuyen a una idea "global" que se centra en el sistema policial en su conjunto. (Véase la figura siguiente.) Dado el trauma colonial histórico y actual perpetuado contra las comunidades indígenas, existe una clara necesidad de cambio sistémico.

Este espectro cultural es una adaptación de *A Journey We Walk Together: Strengthening Indigenous Cultural Competency in Health Organizations*. La conciencia, la sensibilidad y la competencia culturales contribuyen a la seguridad cultural general del sistema policial.



- Representa la acción de un individuo u organización



Se han formulado recomendaciones significativas, prácticas y cotidianas para la policía en relación con los pueblos indígenas en informes como *Broken Trust: Indigenous People and the Thunder Bay Police Service Review*, la *National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls* (MMIWGR) y el *Marco de Preparación Policial para Incidentes Críticos Aborígenes de la OPP*. Por ejemplo, los agentes de policía deben familiarizarse con la historia y la cultura de las comunidades indígenas con las que trabajan.<sup>124</sup> Las prácticas culturales, las enseñanzas, las lenguas y las experiencias difieren enormemente entre las comunidades, por lo que no hay un enfoque único que sirva para todos. Este tipo de educación está en consonancia con la **concienciación cultural**, que es el primer pilar para desarrollar la seguridad cultural. Al reconocer y comprender la singularidad de las comunidades indígenas, los agentes de policía pueden convertirse en oyentes más eficaces. Sin embargo, adoptar este comportamiento por sí solo es insuficiente. Hay que cultivar un sentido más profundo de la sensibilidad y la competencia **cultural**, que en última instancia promueve la seguridad cultural.

Los agentes de policía deberían utilizar descriptores físicos en lugar de raciales.<sup>125</sup> Utilizar descriptores físicos que incluyan la altura y el peso, el color del pelo y de los ojos, el tipo de cuerpo, y el vello facial desaconseja el uso de estereotipos perjudiciales o de un lenguaje estigmatizante.

Además, la policía debe evitar revelar la orientación sexual al investigar los delitos. El MMIWGR subraya que cuando se identifica a las víctimas de los delitos como miembros de la comunidad LGBTQ2S, se puede reforzar una "defensa del pánico homosexual" que implica que el agresor fue provocado por la orientación sexual de las víctimas en lugar de reconocer sus propias acciones como delitos de odio.<sup>126</sup> La policía también debe ser consciente de no confundir el género de las personas trans y no binarias. Para más información sobre la actuación policial en el contexto de las comunidades LGBTQ2S, véase *Best Practices in Policing and LGBTQ Communities in Ontario*.<sup>127</sup>

Los agentes de policía también deberían abstenerse de subsumir a los pueblos indígenas en su formación antirracista y contra la opresión. La experiencia única del colonialismo de los colonos en Canadá diferencia a los pueblos indígenas de otros grupos que podrían ser discutidos en la formación contra el racismo y la opresión. La formación contra la opresión incluye a los inmigrantes canadienses y a los refugiados, y esto justifica una formación aparte. Como se afirma en el *Informe de Thunder Bay*, "no podemos "acoger" a los indígenas", es decir, no son los indígenas los que necesitan ser bienvenidos en los entornos policiales, sino más bien lo contrario.<sup>128</sup> La "simbolización" de los pueblos indígenas ignora las diferencias culturales fundamentales y reconocer la importancia de esta separación es fundamental para la prestación de servicios policiales.

Los agentes de policía deben reconocer activamente que los indígenas tienen un nivel de conocimientos que sería útil para determinar los tipos de servicio que mejorarían la seguridad y la justicia en sus comunidades. Estas personas deben ser consultadas de forma regular y significativa en los procesos de toma de decisiones sobre el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios policiales.<sup>129</sup> La consulta a los miembros de las comunidades indígenas está directamente relacionada con la **competencia cultural**. Este tipo de práctica va más allá del simple reconocimiento de las diferencias y del cambio de algunas prácticas o comportamientos, sino que trabaja activamente para eliminar los sistemas perjudiciales con el fin de defender los derechos de los pueblos indígenas.

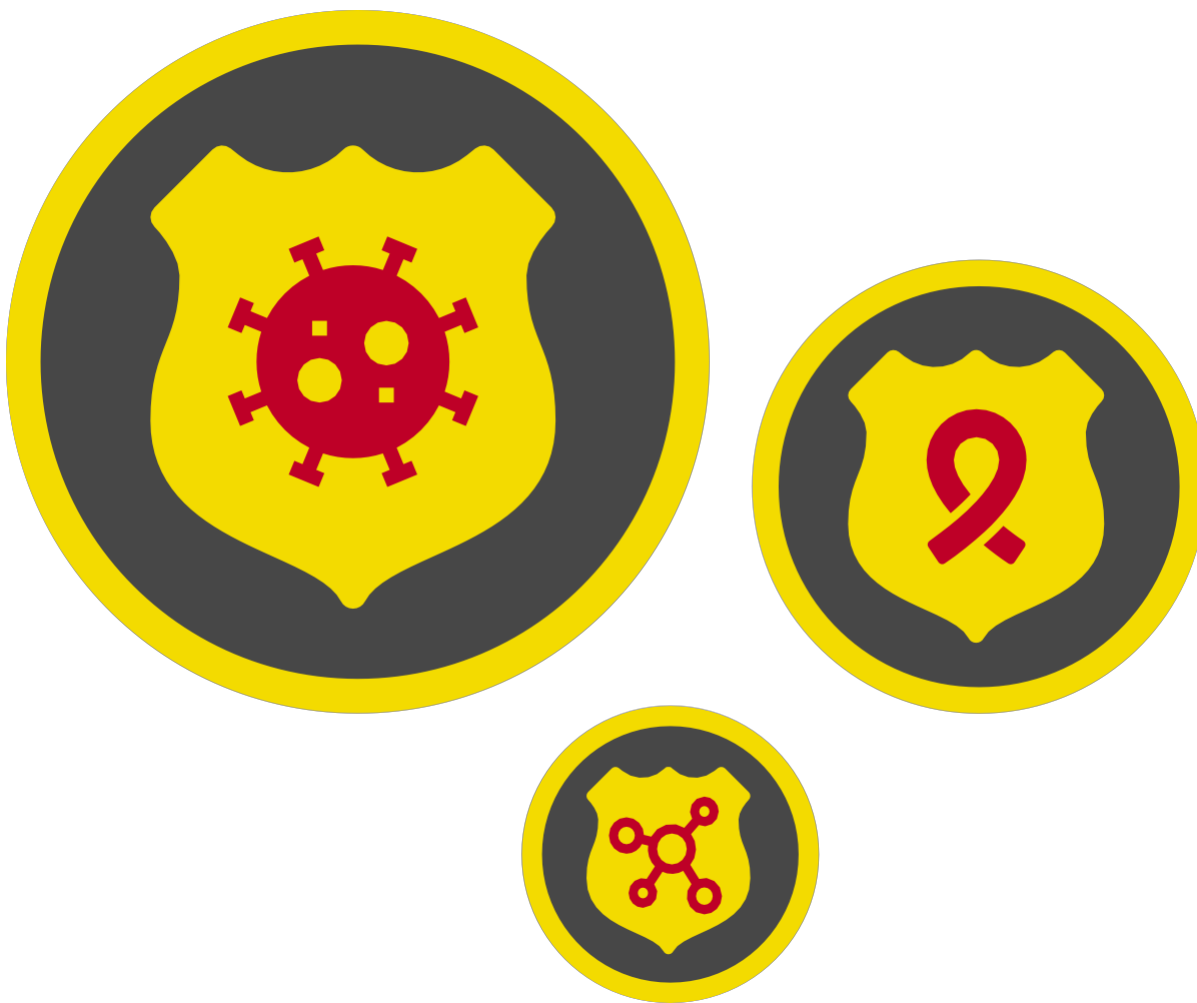


## Conclusión

Este manual ha sido elaborado por la Red Jurídica del VIH, en consulta con un grupo de partes interesadas de la comunidad y de la policía, para mejorar la salud y la seguridad de las personas que viven con el VIH o el VHC o que están afectadas por ellos. Con un conocimiento más profundo de la biología del VIH y del VHC, de la salud y la seguridad en el trabajo, de la vulnerabilidad al VIH y al VHC, y de las complejas dimensiones del entorno jurídico en el que trabajan que determinan la salud, los servicios policiales de todo Canadá pueden utilizar sus conocimientos mejorados y este documento en el desempeño de sus funciones.

En el Apéndice C de este manual se incluye una breve guía para el facilitador en la que se explica cómo los funcionarios con funciones de liderazgo pueden mejorar la difusión y la aplicación de este manual en sus propios departamentos.

**Para consultas relacionadas con este producto, póngase en contacto con: [info@hivlegalnetwork.ca](mailto:info@hivlegalnetwork.ca).**



## Referencias

- <sup>1</sup> A lo largo de este manual, utilizamos el término "poblaciones prioritarias" para describir aquellos grupos afectados de forma desproporcionada por el VIH y/o el VHC. Las poblaciones prioritarias específicas se describen en el glosario.
- <sup>2</sup> En el Apéndice A figura la lista de estas partes interesadas.
- <sup>3</sup> Véase Avert, *La ciencia del VIH y el sida - Visión general*, 2019. Disponible en: [www.avert.org/professionals/hiv-science/overview#foot-note1\\_ox4z6ja](http://www.avert.org/professionals/hiv-science/overview#foot-note1_ox4z6ja); y CATIE, *HIV Basics*, 2016. Disponible en: [www.catie.ca/en/basics/hiv-and-aids#what](http://www.catie.ca/en/basics/hiv-and-aids#what).
- <sup>4</sup> Véase N. W. Cummins y A. D. Badley, "Making sense of how HIV kills infected CD4 T cells: implications for HIV cure", *Molecular Therapy*, 2:20 (julio de 2014); y Toronto People with AIDS Foundation y CATIE, *It's all still possible: Puntos de partida para vivir bien con el VIH*, 2019. Disponible en: [www.catie.ca/en/all-still-possible/what-my-cd4-count-and-viral-load-tell-me](http://www.catie.ca/en/all-still-possible/what-my-cd4-count-and-viral-load-tell-me).
- <sup>5</sup> AIDSinfo, *The Stages of HIV Infection*, National Institutes of Health, 2020. Disponible en: [https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection#:~:text=Key%20Points,acquired%20immunodeficiency%20syndrome%20\(AIDS\)](https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection#:~:text=Key%20Points,acquired%20immunodeficiency%20syndrome%20(AIDS)).
- <sup>6</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *Symptoms of HIV*, 2019. Disponible en: [www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/symptoms-of-hiv](http://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/symptoms-of-hiv).
- <sup>7</sup> AIDSinfo, supra nota 5.
- <sup>8</sup> Ibid.
- <sup>9</sup> Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, supra nota 6.
- <sup>10</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Infecciones Oportunistas*, 2019. Disponible en: [www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/opportunisticinfections.html](http://www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/opportunisticinfections.html).
- <sup>11</sup> Véase AIDSinfo, supra nota 5 y Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., supra nota 6.
- <sup>12</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, *Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets*, 2020. Disponible en: [www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90.html](http://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90.html).
- <sup>13</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Transmisión del VIH*, 2019. Disponible en: [www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html](http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html).
- <sup>14</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 12.
- <sup>15</sup> F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn y otros, "Declaración de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal", *Journal of the International AIDS Society*, 21(7): e25161 (2018).
- <sup>16</sup> Ibid.
- <sup>17</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 12.
- <sup>18</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, *Perinatal HIV Transmission in Canada*, 2010. Disponible en: [www.canada.ca/en/public-health/services/hiv-aids/publications/epi-updates/chapter-7-perinatal-hiv-transmission-canada.html](http://www.canada.ca/en/public-health/services/hiv-aids/publications/epi-updates/chapter-7-perinatal-hiv-transmission-canada.html).
- <sup>19</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Transmisión del VIH*, 2019, supra nota 13.
- <sup>20</sup> Ibid y F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn y otros, nota 15 supra.
- <sup>21</sup> Institutos Nacionales de Salud, *Tratamiento del VIH: The Basics Understanding HIV/AIDS*, 2020. Disponible en: [aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/51/hiv-treatment--the-basics](http://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/51/hiv-treatment--the-basics).
- <sup>22</sup> J. Maenza, C. Flexner, "Combination antiretroviral therapy for HIV infection", *American family physician*. 57(11):2789 (1998).
- <sup>23</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, *hoja informativa sobre el VIH: U = U para profesionales de la salud*, 2020. Disponible en: [www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-factsheet-undetected-untransmittable-health-professionals.html](http://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-factsheet-undetected-untransmittable-health-professionals.html).
- <sup>24</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, *El Ministro de Salud de Canadá pide el fin del estigma en el Día Mundial del Sida*, 2018. Disponible en: [www.canada.ca/en/public-health/news/2018/11/canadas-minister-of-health-calls-for-end-to-stigma-on-world-aids-day.html](http://www.canada.ca/en/public-health/news/2018/11/canadas-minister-of-health-calls-for-end-to-stigma-on-world-aids-day.html).
- <sup>25</sup> F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn y otros, nota 15 supra.
- <sup>26</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, *Hepatitis C, 2020*. Disponible en: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c); y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Hepatitis C Questions and Answers for the Public*, 2020. Disponible en: [www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm](http://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm).
- <sup>27</sup> C. W. Kim y K.-M. Chang, "Hepatitis C virus: virología y ciclo de vida", *Clinical and Molecular Hepatology*, 19(1) (2013) 17-25.
- <sup>28</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, supra nota 26 y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 26.
- <sup>29</sup> C. W. Kim y K.-M. Chang, nota 27 supra.
- <sup>30</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, supra nota 26; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 26; y L. Challacombe, *The Epidemiology of Hepatitis C in Canada*, CATIE, 2019. Disponible en: [www.catie.ca/en/fact-sheets/epidemiology/epidemiology-hepatitis-c-canada](http://www.catie.ca/en/fact-sheets/epidemiology/epidemiology-hepatitis-c-canada).
- <sup>31</sup> L. Challacombe, nota 30 supra.
- <sup>32</sup> Véase Organización Mundial de la Salud, supra nota 26 y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 26.
- <sup>33</sup> Ibid.
- <sup>34</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *PrEP*, 2019. Disponible en: [www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html](http://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html).
- <sup>35</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *PEP*, 2019. Disponible en: [www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html](http://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html).
- <sup>36</sup> Organización Mundial de la Salud, supra nota 26 y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 26.
- <sup>37</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 12.
- <sup>38</sup> Gobierno de Canadá, *Surveillance of Hepatitis C*, sin fecha. Disponible en: [www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/hepatitis-c/surveillance-hepatitis-c.html](http://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/hepatitis-c/surveillance-hepatitis-c.html).
- <sup>39</sup> Ibid.
- <sup>40</sup> Este término incluye a las Primeras Naciones, a los inuit y a los metis, y refleja la rica diversidad de los primeros pueblos de la Isla de la Tortuga, un término indígena que designa lo que ahora es América del Norte. Véase C. Wilson, V. Oliver, S. Flicker, Native Youth Sexual Health Network, T. Prentice, R. Jackson, et al, "'Culture' as HIV prevention: Indigenous youth speak up!" *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, Volumen 9:1 (2016). Disponible en: <https://epress.lib.uts.edu.au/journals/index.php/ijcre/article/view/4802>.

- 41 Agencia de Salud Pública de Canadá, *A Pan Canadian Framework for Action: Reducir el impacto sanitario de las infecciones de transmisión sexual y sanguínea en Canadá para 2030*, 2018. Disponible en: [www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexu-al-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/sexually-transmitted-bloodborne-infections-action-framework.html](http://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexu-al-health-sexually-transmitted-infections/reports-publications/sexually-transmitted-bloodborne-infections-action-framework.html).
- 42 Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 12.
- 43 Ibid.
- 44 A. Bourgeois, M. Edmunds, A. Awan, L. Jonah, O. Varsaneux, W. Siu, "HIV in Canada-Surveillance Report, 2016", *Canada Communicable Disease Report*. 43(12) (2017) pp. 248-56.
- 45 Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 12.
- 46 M. Trubnikov, P. Yan, C. Archibald, "Estimated Prevalence of Hepatitis C Virus infection in Canada, 2011", *Canada Communicable Disease Report*, Volume 40-19 (2014). Disponible en: [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/14vol40/dr-rm40-19/surveillance-b-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/14vol40/dr-rm40-19/surveillance-b-eng.php).
- 47 Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 12.
- 48 Un amplio proyecto asimilacionista emprendido por el gobierno canadiense y las iglesias de Canadá a finales del siglo XIX y que duró hasta las últimas décadas del siglo XX. Aunque aparentemente tenía fines educativos, el sistema de internados funcionaba en realidad para separar a los niños indígenas de sus familias y adoctrinarlos con los valores y la lengua occidentales. Los relatos de las escuelas describen la prohibición de la lengua tradicional, la negación del contacto familiar y el abuso emocional, físico y sexual desenfrenado. Véase P. Duff, B. Bingham, A. Simo, D. Jury, C. Reading, K. Shannon, "The 'Stolen Generations' of Mothers and Daughters: Child Apprehension and Enhanced HIV Vulnerabilities for Sex Workers of Aboriginal Ancestry", *PLoS ONE*, 9(6) (2014); Cedar Project Partnership, M. E. Pearce, W. M. Christian, K. Patterson, K. Norris, A. Moniruzzaman et al., "The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities", *Social Science & Medicine*, 66(11) (2008), pp. 2185-94; D. L. M. Kurtz, J. C. Nyberg, S. Van Den Tillaart, B. Mills, The Okanagan Urban Aboriginal Health Res, "Silencing of Voice: An Act of Structural Violence Urban Aboriginal Women Speak Out About Their Experiences with Health Care", *International Journal of Indigenous Health*, 4(1) (2013); y J. Negin, C. Aspin, T. Gadsden, C. Reading, "HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic", *AIDS and Behavior*, 19(9) (2015), pp. 1720-34.
- 49 Otra iniciativa colonial que vio la erosión de las familias a través de la reubicación forzada de los niños indígenas en hogares de colonos blancos en la segunda mitad del siglo XX.
- 50 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Exposure to Blood: What Healthcare Personnel Need to Know*, 2003. Disponible en: [www.cdc.gov/hai/pdfs/bbp/exp\\_to\\_blood.pdf](http://www.cdc.gov/hai/pdfs/bbp/exp_to_blood.pdf).
- 51 Ibid.
- 52 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 15.
- 53 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 50.
- 54 Ibid.
- 55 F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn y otros, nota 15 supra.
- 56 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, supra nota 50.
- 57 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs*, 2014. Disponible en: [www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE Manual on HIV services for people who use drugs.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE Manual on HIV services for people who use drugs.pdf).
- 58 D. Young y K. Gough, *Pocket P.E.P. - Clinical management of non-occupational and occupational exposure to blood borne pathogens*, St.
- 59 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, supra nota 57.
- 60 National AIDS Trust, *VIH: Una guía para las fuerzas policiales*, 2014. Disponible en: [www.nat.org.uk/publication/hiv-guide-police-forces](http://www.nat.org.uk/publication/hiv-guide-police-forces).
- 61 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, supra nota 57.
- 62 Ibid y D. Young y K. Gough, supra nota 58.
- 63 G. R. Gupta, J. O. Parkhurst, J. A. Ogden et al., "Structural approaches to HIV prevention", *The Lancet*, 372(9640) (2008) pp.764-75; y Public Health Agency of Canada, *Social Determinants of Health and Health Inequalities*, 2020. Disponible en: [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php).
- 64 Véase Ekos Research Associates, *Canadians' Awareness, Knowledge and Attitudes Related to Sexually Transmitted and Blood-Borne Infections: 2018 Findings Report*, preparado para la Agencia de Salud Pública de Canadá, 2018. Disponible en: [https://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwqsc-tpsqc/por-ef/public\\_health\\_agency\\_canada/2018/056-17-e/report.pdf](https://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pwqsc-tpsqc/por-ef/public_health_agency_canada/2018/056-17-e/report.pdf) y Ekos Research Associates. *2012 HIV/AIDS Attitudinal Tracking Survey: Final Report*, preparado para la Agencia de Salud Pública de Canadá, 2012. Disponible en: [www.ekospoli-tics.com/articles/038-12.pdf](http://www.ekospoli-tics.com/articles/038-12.pdf).
- 65 Agencia de Salud Pública de Canadá, supra nota 63 y ARCH HIV/AIDS Resources & Community Health, *The Social Determinants of Health, Women & HIV*, sin fecha. Disponible en: [www.archguelph.ca/social-determinants-health](http://www.archguelph.ca/social-determinants-health).
- 66 C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, "HIV, gender, race, sexual orientation and sex work: a qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada", *PLoS Med*, 8(11) (2011) pp. 1-12.
- 67 Ibid.
- 68 I. Wallach y S. Brotman, "The intimate lives of older adults living with HIV: a qualitative study of the challenges associated with the intersection of HIV and ageing", *Ageing & Society*, 38(12) (2018) pp. 2490-2518.
- 69 C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, nota 66 supra.
- 70 Ibid.
- 71 Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA. *Programas de agujas y jeringas basados en las prisiones: Mitos y hechos*, 2019. Disponible en: [www.hivlegal-network.ca/site/prison-based-needle-and-syringe-programs/?lang=en](http://www.hivlegal-network.ca/site/prison-based-needle-and-syringe-programs/?lang=en).
- 72 K. Shannon, et al., "Mapping violence and policing as an environmental structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work", *International Journal of Drug Policy*, 19(2) (2008): pp. 140-147.

- <sup>73</sup> C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, "'We don't exist': a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada", *Journal of the International AIDS Society*, 15(2) (2012) pp. 1-11.
- <sup>74</sup> C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, nota 66 supra.
- <sup>75</sup> Ibid.
- <sup>76</sup> J. Adams, C. Nowels, K. Corsi et al., "HIV risk after release from prison: a qualitative study of former inmates", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 57(5) (2011) pp. 429-434.
- <sup>77</sup> Ibid.
- <sup>78</sup> Ibid.
- <sup>79</sup> C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, nota 73 supra.
- <sup>80</sup> C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, nota 66 supra.
- <sup>81</sup> K. Czyzewski, "Colonialism as a Broader Social Determinant of Health", *International Indigenous Policy Journal*, 2(1) (2011). Disponible en: <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/iipj/article/view/7337>.
- <sup>82</sup> Cedar Project Partnership, M. E. Pearce, W. M. Christian, K. Patterson, K. Norris, A. Moniruzzaman y otros, "The Cedar Project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities", *Social Science & Medicine*, 66(11) (2008), pp. 2185-94.
- <sup>83</sup> J. Negin, C. Aspin, T. Gadsden, C. Reading, "HIV Among Indigenous peoples: A Review of the Literature on HIV-Related Behaviour Since the Beginning of the Epidemic", *AIDS and Behavior*, 19(9) (2015), pp. 1720-34; K. Czyzewski, nota 81 supra; y N. Adelson, "The Embodiment of Inequity", *Canadian Journal of Public Health*, 96(2) (2005).
- <sup>84</sup> C. H. Logie, L. James, W. Tharao y M. Loutfy, nota 66 supra.
- <sup>85</sup> Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos (edición ilustrada)*, 2015. Disponible en: [www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr\\_booklet\\_en\\_web.pdf](http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf).
- <sup>86</sup> The Constitution Act, 1982, being Schedule B to the Canada Act 1982 (UK), 1982, c 11 (*Canadian Charter of Rights and Freedoms*).
- <sup>87</sup> R. Elliott y J. Gold, "Protection against discrimination based on HIV/AIDS status in Canada: the legal framework", *HIV/AIDS policy & law review*, 10(1) (2005) pp. 20-31.
- <sup>88</sup> *Ley canadiense de derechos humanos*, R.S.C., 1985, c. H-6.
- <sup>89</sup> R. Elliott y J. Gold, supra nota 87.
- <sup>90</sup> Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá, *Comisión de la Verdad y la Reconciliación de Canadá: Llamadas a la acción*, 2015. Disponible en: [http://trc.ca/assets/pdf/Calls\\_to\\_Action\\_English2.pdf](http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_English2.pdf).
- <sup>91</sup> Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006. Disponible en: [www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelines.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelines.pdf).
- <sup>92</sup> Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, *Suplemento sobre riesgos, derechos y salud*, 2018. Disponible en: [https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/11/Hiv-and-the-Law-supplement\\_EN.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/11/Hiv-and-the-Law-supplement_EN.pdf).
- <sup>93</sup> Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, *The Criminalization of HIV Non-disclosure in Canada: Situación actual y necesidad de cambio*, 2019. Disponible en: [www.hivlegalnetwork.ca/site/the-criminalization-of-hiv-non-disclosure-in-canada-report/?lang=en](http://www.hivlegalnetwork.ca/site/the-criminalization-of-hiv-non-disclosure-in-canada-report/?lang=en). Véase también C. Hastings, N. Massaquoi, E. Mykhalovskiy, R. Elliott, 2021 (de próxima publicación).
- <sup>94</sup> E. Mykhalovskiy, C. Hastings, C. Sanders, M. Hayman y L. Bisailon, "'Callous, Cold and Deliberately Duplicious': Racialization, Immigration and the Representation of HIV Criminalization in Canadian Mainstream Newspapers", (22 de noviembre de 2016). Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=2874409> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2874409>.
- <sup>95</sup> Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, supra nota 93.
- <sup>96</sup> Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, *Ending HIV criminalization in Canada: Brief to the House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights*, 2019. Disponible en: [www.hivlegalnetwork.ca/site/brief-to-the-house-of-commons-standing-committee-on-justice-and-human-rights/?lang=en](http://www.hivlegalnetwork.ca/site/brief-to-the-house-of-commons-standing-committee-on-justice-and-human-rights/?lang=en).
- <sup>97</sup> Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, supra nota 93.
- <sup>98</sup> Departamento de Justicia de Canadá, "Attorney General of Canada to issue Directive Regarding Prosecutions of HIV Non-Disclosure Cases", comunicado de prensa, Ottawa, 1 de diciembre de 2018. Disponible en: [www.canada.ca/en/department-justice/news/2018/12/attorney-general-of-canada-to-issue-directive-regarding-prosecutions-of-hiv-non-disclosure-cases.html](http://www.canada.ca/en/department-justice/news/2018/12/attorney-general-of-canada-to-issue-directive-regarding-prosecutions-of-hiv-non-disclosure-cases.html).
- <sup>99</sup> F. Barré-Sinoussi, S. S. Abdoool Karim, J. Albert, L.-G. Bekker, C. Beyrer, P. Cahn y otros, nota 15 supra.
- <sup>100</sup> National AIDS Trust, supra nota 60.
- <sup>101</sup> *Ley de Drogas y Sustancias Controladas*, S.C. 1996, c. 19.
- <sup>102</sup> K. M. Follett, A. Piscitelli, M. Parkinson, F. Munger, "Barriers to calling 9-1-1 during overdose emergencies in a Canadian context", *Trabajo Social Crítico*, 15(1) (2014).
- <sup>103</sup> *Ley de sobredosis de drogas del buen samaritano*, S.C. 2017, c. 4.
- <sup>104</sup> Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, *The Good Samaritan Drug Overdose Act: The Good, the Bad, and the Ineffective*, 2020.
- <sup>105</sup> E. van der Meulen, S. Chu, J. Butler-McPhee, "'Por eso la gente no llama al 911': Acabar con la presencia policial en las sobredosis", *International Journal of Drug Policy* (2021) 88.
- <sup>106</sup> Véase, por ejemplo, L. Beletsky, J. Cochrane, A. L. Sawyer, C. Serio-Chapman, M. Smelyanskaya, J. Han et al., "Police Encounters Among Needle Exchange Clients in Baltimore: Drug Law Enforcement as a Structural Determinant of Health", *American Journal of Public Health*, 105(9) (2015); L. Beletsky, D. Heller, S. M. Jenness, A. Neaigus, C. Gelpi-Acosta, H. Hagan, "Syringe access, syringe sharing, and police encounters among people who inject drugs in New York City: a community-level perspective", *International Journal of Drug Policy*, 25(1) (2014) pp. 105-11; H. L. Cooper, D. C. Des Jarlais, B. Tempalski, B. H. Bossak, Z. Ross, S. R. Friedman, "Drug-related arrest rates and spatial access to syringe exchange programs in New York City health districts: combined effects", on the risk of injection-related infections among injectors", *Health & Place*, 18(2) (2012) pp.218-28; y E. Wood, T. Kerr, W. Small, J. Jones, M. T. Schechter, M. W. Tyndall, "The impact of a police presence on access to needle exchange programs" (El impacto de la presencia policial en el acceso a los programas de intercambio de agujas), *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(1) 2003, pp. 116-8.
- <sup>107</sup> *Ley de Protección de Comunidades y Personas Explotadas*, S.C. 2014, c. 25.

- <sup>108</sup> K. Shannon, *Prevención del VIH, criminalización y trabajo sexual: ¿Dónde estamos?*, CATIE, 2016. Disponible en: [www.catie.ca/en/pif/fall-2016/hiv-prevention-criminalization-and-sex-work-where-are-we](http://www.catie.ca/en/pif/fall-2016/hiv-prevention-criminalization-and-sex-work-where-are-we); y K. Shannon, S. A. Strathdee, S. M. Goldenberg, P. Duff, P. Mwangi, M. Rusakova et al., "Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants," *The Lancet*. 385(9962) (2015), pp. 55-71.
- <sup>109</sup> S. Chu, J. Clamen, T. Santini, *The Perils of "Protection:" Sex Workers' Experiences of Law Enforcement in Ontario*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2019.
- <sup>110</sup> Ibid.
- <sup>111</sup> National AIDS Trust, supra nota 60.
- <sup>112</sup> Institutos Nacionales de Salud, nota 21 supra.
- <sup>113</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, supra nota 57.
- <sup>114</sup> K. C. Davis, *Discretionary justice: a preliminary inquiry*, (Westport [CT]: Greenwood Press, 1980).
- <sup>115</sup> Comisión de Derechos Humanos de Ontario, *A Disparate Impact: Second interim report on the inquiry into racial profiling and racial discrimination of Black persons by the Toronto Police Service*, 2020. Disponible en: [www.ohrc.on.ca/en/disparate-impact-second-in-terim-report-inquiry-racial-profiling-and-racial-discrimination-black](http://www.ohrc.on.ca/en/disparate-impact-second-in-terim-report-inquiry-racial-profiling-and-racial-discrimination-black); y S. Wortley y M. Jung, *Racial Disparity in Arrests and Charges An analysis of arrest and charge data from the Toronto Police Service*, Ontario Human Rights Commission, 2020. Disponible en: [www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Racial%20Disparity%20in%20Arrests%20and%20Charges%20TPS.pdf](http://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Racial%20Disparity%20in%20Arrests%20and%20Charges%20TPS.pdf).
- <sup>116</sup> A. Owusu-Bempah y A. Luscombe, "Race, cannabis and the Canadian war on drugs: An examination of cannabis arrest data by race in five cities", *International Journal of Drug Policy* (2020).
- <sup>117</sup> La política de la VPD se inspira en la estrategia sobre drogas de cuatro pilares desarrollada inicialmente en Europa y adoptada por el gobierno canadiense como parte de la estrategia sobre drogas y sustancias. Los pilares son: Prevención, Aplicación de la ley, Reducción de daños y Tratamiento.
- <sup>118</sup> Departamento de Policía de Vancouver, *Vancouver Police Department Drug Policy*, 2006. Disponible en: <https://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf>.
- <sup>119</sup> Comité de Propósito Especial sobre la Despenalización de las Drogas Ilícitas, *Decriminalization for Simple Possession of Illicit Drugs: Exploring Impacts on Public Safety and Policing*, Canadian Association of Chiefs of Police, julio de 2020.
- <sup>120</sup> Public Prosecution Service of Canada Deskbook, "Guideline of the Director Issued under Section 3(3)(c) of the *Director of Public Prosecutions Act*", agosto de 2020.
- <sup>121</sup> Departamento de Policía de Vancouver. (2006). *Política de sobredosis: 11.04 Guidelines for Police Attending Illicit Drug Overdoses*. Apéndice 1: Procedimiento existente/propuesto. Sección de Planificación e Investigación, Informe de la Junta #0648.
- <sup>122</sup> DPRA Canada, *What We Heard: A Renewed Approach to Policing in Indigenous Communities - Engagement Summary Report*, preparado para Public Safety Canada, 2014. Disponible en: [www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rnwd-pprch-plcng-ndqns-cmmnts/index-en.aspx](http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rnwd-pprch-plcng-ndqns-cmmnts/index-en.aspx); y N. A. Jones, R. G. Mills, R. Ruddell y K. Quinn, *Policing in First Nation Communities: Community Perspectives*, Centro de Colaboración para la Justicia y la Seguridad, 2015. Disponible en: [www.justiceandsafety.ca/rsu\\_docs/policing-first-nations---communi-ty-perceptions\\_29-feb-2016-final.pdf](http://www.justiceandsafety.ca/rsu_docs/policing-first-nations---communi-ty-perceptions_29-feb-2016-final.pdf).
- <sup>123</sup> E. Fast, S. Puskas, V. Boldo y R. Deutsch, *Indigenous Cultural Awareness for the SPVM*, Montreal Urban Aboriginal Community Strategy Network, 2016. Disponible en: <http://reseamtnetwork.com/wp-content/uploads/2019/02/IntroCulturalTrainingManualfor-SPVM.pdf>; First Nations Health Managers Association, Canadian Foundation for Healthcare Improvement, y L. Keith, *A Journey We Walk Together: Strengthening Indigenous Cultural Competency in Health Organizations*, 2020. Disponible en: [www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/indigenous-cultural-competency-primer-e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/indigenous-cultural-competency-primer-e.pdf); Ontario Provincial Police Field Support Bureau Provincial Command, Field & Traffic Services, *A Framework for Police Preparedness for Aboriginal Critical Accidents*, sin fecha. Disponible en: [www.attorneygeneral.ius.gov.on.ca/inquiries/ipperwash/policy\\_part/projects/pdf/OPP\\_Appendix\\_E\\_Framework\\_for\\_Police\\_Preparedness.pdf](http://www.attorneygeneral.ius.gov.on.ca/inquiries/ipperwash/policy_part/projects/pdf/OPP_Appendix_E_Framework_for_Police_Preparedness.pdf); y G. McNeilly, *Broken Trust Indigenous People and the Thunder Bay Police Service*, Office of the Independent Police Review Director, 2018. Disponible en: <http://oiprd.on.ca/wp-content/uploads/OIPRD-BrokenTrust-Final-Accessible-E.pdf>.
- <sup>124</sup> Ontario Provincial Police Field Support Bureau Provincial Command, Field & Traffic Services, supra nota 124 y G. McNeilly, supra nota 123.
- <sup>125</sup> National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, *Reclaiming Power and Place: The Final Report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, Volumen 1b*, 2019. Disponible en: [www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Final\\_Report\\_Vol\\_1b.pdf](http://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Final_Report_Vol_1b.pdf).
- <sup>126</sup> National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, *Reclaiming Power and Place: The Final Report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, Volumen 1a*, 2019. Disponible en: [www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Final\\_Report\\_Vol\\_1a-1.pdf](http://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Final_Report_Vol_1a-1.pdf).
- <sup>127</sup> K. Kirkup, *Best Practices in Policing and LGBTQ Communities in Ontario*, OACP Diversity Committee November 2013. Disponible en: [https://kylekirkup.files.wordpress.com/2013/11/oacp\\_lgbtq.pdf](https://kylekirkup.files.wordpress.com/2013/11/oacp_lgbtq.pdf).
- <sup>128</sup> G. McNeilly, supra nota 123.
- <sup>129</sup> National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, supra nota 126.

## Apéndice A - Lista de partes interesadas

### Equipo de investigación

#### Informantes clave

**Kerry Porth**

Sociedad Jurídica Pivot

**Piotr Burek**

Sociedad de Personas con VIH/SIDA de la Isla de Vancouver

**Brett Tabor****Simon Goff**

Red del Sida del Pacífico

**Randy Davis**

El Centro Gilbert

**Patrick Soje**

Asociación de africanos contra el sida

**Gerard Yetman**

Comité del SIDA de Terranova y Labrador

**Lori O'Brien**

Coalición contra el SIDA de Nueva Escocia

**Eva Simone**

Coalición Negra para la Prevención del Sida (Black CAP)

**Alison Clancey**

Sociedad SWAN Vancouver

**Monica Forrester**

Proyecto de acción de las trabajadoras del sexo de Maggie

**Sipiwe Mapfumo**

Enlace comunitario del VIH

**John Maxwell**

ACTUAR

**Cybelle Rieber**

Alianza PEERS

**Diane Bailey**

Línea principal

**Sean LeBlanc**

Liga de Defensa del Consumidor de Drogas

**Andrew Beckerman**

Defensor de los derechos humanos que vive con el VIH

**Haran Vijayanathan**

Alianza para la Prevención del Sida en Asia Meridional

**David Soomarie**

Defensor de los derechos humanos que vive con el VIH

#### Policía

**Henry Dyck**

Servicio de Policía de Toronto

**Jeff McGuire**

Asociación de Jefes de Policía de Ontario

**Cam Lawson**

Departamento de Policía de Vancouver

**Andrew Butler**

Unidad de Formación de la Policía de Barrie

**Dos oficiales anónimos**

Servicio de Policía de Toronto

---

### Equipo de revisión de manuales

#### Representantes de poblaciones clave

**Eva Simone**

Gorra negra

**Haran Vijayanathan**

Alianza para la Prevención del Sida en Asia Meridional

**Caitlyn Kasper**

### Servicios jurídicos para los aborígenes

**Sean LeBlanc**

Liga de Defensa del Consumidor de Drogas

## **Policía**

**Jean Turner**

RCMP

**Cameron Lawson**

Departamento de Policía de Vancouver

**Dale Quiring**

Departamento de Policía de Vancouver

**Henry Dyck**

Servicio de Policía de Toronto



## Apéndice B - Vulnerabilidad al VIH desde el nivel celular al social

Escala de influencia	Descripción	Ejemplos
<b>Celular</b>	Factores que aumentan la susceptibilidad biológica del organismo a la infección por el VIH a nivel celular o molecular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La presencia de ciertas infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, clamidia, gonorrea, sífilis) puede aumentar la inflamación y la respuesta inmunitaria en las zonas genitales. Esto aumenta la posibilidad de que el VIH infecte el cuerpo durante la exposición.</li> <li>• Las llagas abiertas en la boca, el ano, el pene o la vagina pueden crear aberturas por las que el VIH puede pasar durante el contacto sexual.</li> </ul>
<b>Individual</b>	Factores personales, psicológicos o de comportamiento, como los conocimientos, las actitudes y las aptitudes que afectan al riesgo de contraer el VIH. Es fundamental tener en cuenta que, aunque muchos de estos factores puedan parecer cuestiones de elección individual, a menudo están influidos por determinantes sociales y estructurales más allá de un control del individuo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de cómo se transmite el VIH</li> <li>• Cómo y con quién tiene relaciones sexuales</li> <li>• Cómo y con quién consumes o compartes las drogas</li> <li>• Estigma interiorizado (el proceso por el que las personas empiezan a asumir o a creer las actitudes negativas sobre el VIH que tienen otras personas de su entorno)</li> </ul>
<b>Interpersonal</b>	Factores de riesgo del VIH que funcionan entre las personas en las interacciones sociales cotidianas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estigma (actitudes y creencias negativas sobre las personas que viven o están afectadas por el VIH)</li> <li>• Discriminación (trato prejuicioso de las personas que viven o están afectadas por el VIH, a menudo basado en el estigma)</li> <li>• Aislamiento/exclusión social (resultante del estigma y la discriminación)</li> </ul>
<b>Comunidad</b>	Factores locales que afectan al riesgo de VIH de toda una comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas sociales sobre el uso del preservativo o el consumo de drogas en una comunidad</li> <li>• Disponibilidad y accesibilidad de las pruebas del VIH en un barrio geográfico</li> <li>• Disponibilidad y accesibilidad de los recursos de prevención del VIH (lugares de consumo supervisado, clínicas de PrEP) en un barrio geográfico</li> <li>• Calidad y cobertura de los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH en un barrio geográfico</li> </ul>

<b>Social/Estructural</b>	Leyes, políticas y fuerzas sistémicas que afectan directa o indirectamente al riesgo de VIH en todos los demás niveles	<ul style="list-style-type: none"><li>• Política económica que refuerza la pobreza de las poblaciones prioritarias</li><li>• Leyes que estigmatizan y violan los derechos humanos de las poblaciones prioritarias</li><li>• Leyes y políticas que limitan el acceso a las pruebas de detección del VIH, al tratamiento y a los recursos de prevención</li><li>• Racismo, sexismo, homofobia y otras creencias sociales profundamente arraigadas que refuerzan el estigma, la discriminación y la violencia contra las poblaciones prioritarias</li></ul>
---------------------------	--	--

## Apéndice C: Directrices de buenas prácticas para la aplicación y

### Introducción

Este manual de formación presenta algunos contenidos educativos clave para la policía, con el fin de aumentar el conocimiento y la concienciación sobre el VIH, el VHC y las cuestiones relacionadas, con vistas a reducir las formas en que el estigma afecta a su trabajo.

Este apéndice ofrece algunas **directrices para la aplicación y la asimilación de la formación. Está pensado para que lo utilicen los agentes de policía de alto rango o los que ocupan puestos de liderazgo que desean mejorar la formación entre su personal o en sus respectivas divisiones.** Se basa en gran medida en los principios del Modelo Transcontextual (MTC) para la Motivación Autónoma y en la filosofía de la Policía Comunitaria. Como tal, este documento se divide en dos secciones:

- La primera sección presenta los componentes básicos del MTC, para ayudar a los oficiales superiores a aumentar la motivación autónoma de los oficiales, lo que conduce a un cambio de comportamiento entre su personal.
- La segunda sección sugiere formas de crear entornos institucionales que apoyen a los agentes en la modificación de la práctica para minimizar el impacto de la actuación policial en el acceso de las poblaciones prioritarias a los servicios sanitarios.

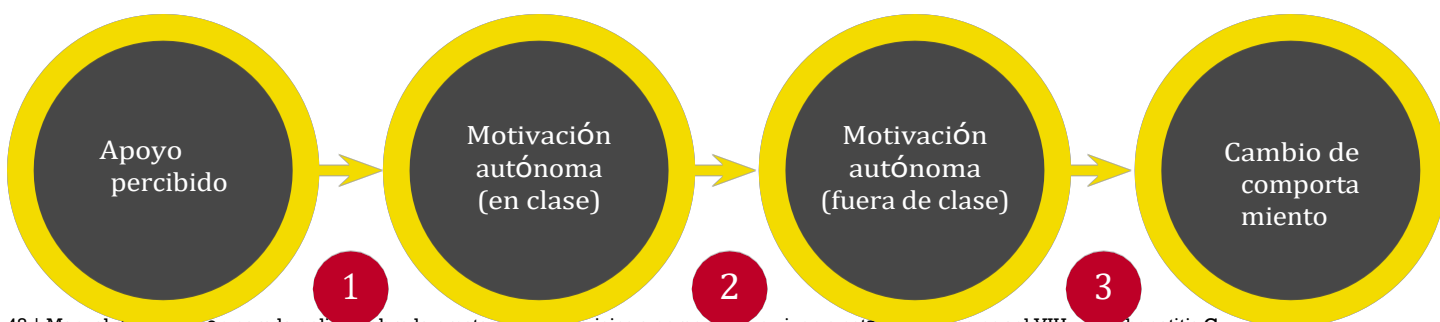
### Sección I: El modelo transcontextual - Una teoría del cambio

Una reciente revisión del alcance de la formación en reducción de daños para los agentes de policía reveló que este tipo de programas a menudo no se basan en las teorías pertinentes para mejorar los resultados educativos y el cambio de comportamiento (ref. 1). Basar la formación de la policía en las teorías del aprendizaje de los adultos, el comportamiento y/o el cambio organizativo puede ayudar a identificar objetivos concretos e impactos potenciales a la hora de diseñar programas educativos, implementarlos y evaluar su efecto en la práctica (ref. 1). Un programa educativo evaluado positivamente sobre la prevención del VIH y la seguridad laboral de la policía es el Proyecto ESCUDO, con sede en Tijuana, México (ref. 2), que se basa en el Modelo Transcontextual (MTC) de Motivación Autónoma (ref. 3).

La "motivación autónoma" es una sensación de agencia personal al hacer algo sin necesidad de refuerzo externo. La MTC ayuda a entender cómo generar esto en un entorno de aprendizaje y luego traducirlo en un cambio de comportamiento real fuera de ese entorno de aprendizaje. Desarrollado originalmente para su uso en la educación física, el MTC se ha aplicado y evaluado con éxito desde entonces en una variedad de entornos educativos, incluidos los programas para la prevención de lesiones policiales y la educación (refs. 2 y 4).

La TCM se basa en tres proposiciones centrales, que se explican más adelante. En conjunto, estas proposiciones forman la **Teoría del Cambio** para esta intervención educativa, explicando cómo ciertas condiciones o factores pueden conducir a resultados intermedios que luego pueden llevar al resultado final deseado - en este caso, prácticas policiales que apoyan, en lugar de impedir, el acceso a los servicios de salud de las personas que viven con o están afectadas por el VIH o el VHC (ref. 5). A continuación, mostramos el MTC tal y como se aplica a esta intervención educativa. También identificamos dónde y cómo los agentes que desempeñan funciones de liderazgo pueden apoyar la progresión hacia este resultado deseado.

#### Teoría del cambio de la MTC:



**Proposición 1 - El apoyo percibido de los oficiales superiores o policías en funciones de liderazgo predice la motivación autónoma en entornos educativos:** Los agentes que perciben que sus superiores o encargados apoyan su aprendizaje estarán motivados para participar en actividades educativas. Si el personal se siente apoyado para aprender sobre el VIH o el VHC en el contexto de la labor policial, estará más motivado y será más probable que participe en esta formación.

**Lo que pueden hacer los líderes - Directriz 1:** Aunque los destinatarios de la formación deberían ser los funcionarios más comprometidos con las poblaciones prioritarias en la primera línea de la práctica, el MTC sugiere que los funcionarios superiores desempeñen un papel en la provisión, facilitación o, al menos, fomento de la formación. Los oficiales que desempeñan funciones de liderazgo pueden: apoyar activamente y con voz esta formación en sus respectivos departamentos, incluso proporcionando una justificación pertinente y convincente para la formación (por ejemplo, la necesidad de alinear las prácticas policiales con la salud pública o con la necesidad de respetar la salud y los derechos humanos de las poblaciones prioritarias); evitar directivas u órdenes condescendientes que socaven los objetivos de la formación; y proporcionar una retroalimentación coherente a lo largo de la formación (ref. 6).

**Proposición 2 - La motivación autónoma experimentada dentro de los entornos educativos predice la motivación autónoma para llevar a cabo las actividades aprendidas fuera de los entornos educativos:** Los funcionarios que están motivados para aprender sobre el VIH y el VHC, la reducción del estigma y la promoción de la salud dentro de un entorno de aprendizaje tienen más probabilidades de sentirse motivados para aplicar lo que han aprendido fuera del entorno de aprendizaje (es decir, en la primera línea de la prestación de servicios).

**Qué pueden hacer los líderes - Directriz 2:** Si es posible, impartir una formación presencial para complementar la difusión de los materiales de formación. Esta formación presencial debe incluir actividades de aprendizaje activas y dinámicas que estimulen la motivación autónoma en la clase. Dichas actividades pueden incluir la comprobación de conocimientos, el debate en grupo, las tormentas de ideas y los juegos de rol realistas.

juegos (refs. 7 y 8). El manual de formación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito incluye una serie de actividades atractivas a las que pueden recurrir los instructores (ref. 9). Para establecer y mejorar las asociaciones de colaboración, las formaciones podrían También se cofacilitará con representantes de las poblaciones prioritarias y de la salud pública.

**Proposición 3 - La motivación autónoma fuera del entorno educativo predice la intención de llevar a cabo las actividades aprendidas y promueve el cambio de comportamiento real:** Los agentes que se sienten motivados para llevar a cabo el tipo de prácticas aprendidas en clase son más propensos a adoptar actitudes, creencias e intenciones favorables hacia las prácticas que no perpetúan el estigma y respetan la salud y los derechos humanos fuera de clase. Estos factores psicosociales predicen el cambio de comportamiento real en primera línea, es decir, las prácticas policiales que apoyan, en lugar de impedir, el acceso a los servicios sanitarios de las personas que viven o están afectadas por el VIH y el VHC.

**Qué pueden hacer los líderes - Directriz 3:** Como en todo aprendizaje, garantizar el cambio de comportamiento real es el aspecto más difícil del MTC. Los oficiales que desempeñan funciones de liderazgo deben tomar medidas para verificar que las condiciones previas del cambio de comportamiento, tal como se especifican en el MTC, se satisfacen a lo largo de la formación. Por ejemplo, encuestar a los oficiales de primera línea sobre si se sienten apoyados o animados a participar en dicha formación. Haga que evalúen los materiales y métodos de formación y que compartan sus opiniones sobre si se sienten motivados para aprender sobre los temas. Hacer que completen una encuesta para ver cómo han cambiado sus conocimientos sobre el VIH y el VHC como resultado.

de la formación y si se sienten más equipados para interactuar con los miembros de las poblaciones prioritarias y para llevar a cabo su trabajo como profesionales de la policía de manera que apoyen el acceso a los servicios sanitarios. Los agentes en posiciones de liderazgo también pueden mejorar el cambio de comportamiento adoptando los principios clave de la filosofía de la policía comunitaria, a saber, la creación de asociaciones comunitarias y de entornos institucionales propicios (véase la sección II).

---

## Sección II: Creación de entornos institucionales más favorables para modificar las prácticas policiales con el fin de minimizar el impacto en el acceso de las poblaciones prioritarias a los servicios sanitarios

**Lo que pueden hacer los líderes - Directriz 4:** Los funcionarios que desempeñan funciones de liderazgo tienen la tarea de

Manual de formación para la policía sobre la prestación de servicios a personas que viven o están afectadas por el VIH y/o la hepatitis C en Canadá | 9

fomentar un entorno institucional que permita a la policía realizar su trabajo de forma que apoye, y no impida, el acceso de las poblaciones prioritarias a los servicios de salud. A continuación, describimos algunos pasos prácticos que puede dar un oficial superior para ayudar a crear entornos institucionales más propicios (ref. 9):

1. Participar en la educación o formación sobre el VIH y el VHC, enviando una señal de los altos cargos de que estos temas son importantes como parte del desarrollo profesional de los oficiales.
2. Fomentar la formación de todo el personal, pero especialmente de los funcionarios de primera línea. Elabore un plan para impartir la formación, incluyendo el contenido de este Manual de Formación. Tenga en cuenta lo siguiente:

- a. ¿Quién facilitará la formación?
  - b. ¿Dónde se impartirá la formación?
  - c. ¿La formación requerirá un paquete de diapositivas u otros materiales educativos, como folletos o un vídeo?
  - d. ¿Cómo podría involucrar a los expertos en salud pública, a los miembros de las poblaciones prioritarias y a las organizaciones comunitarias que trabajan con esas poblaciones en la impartición de la formación?
  - e. ¿Existen organizaciones en su comunidad con las que pueda formar una relación viable y mutua?  
¿alianzas beneficiosas? ¿Cómo puede ponerse en contacto con ellos?
3. Trabajar con otros funcionarios de alto nivel, incluso en otras divisiones y departamentos, según corresponda, en la promoción de una mejor formación, asociaciones comunitarias y cambios organizativos.

el VIH o el VHC

6. Proporcionar asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH y el VHC, acceso a los recursos de prevención y acceso al tratamiento (según sea necesario) para los funcionarios expuestos al VIH o al VHC o que viven con ellos
7. Establecer canales de comunicación continuos con los socios comunitarios y de salud pública, incluidas las organizaciones que representan a las poblaciones prioritarias o trabajan con ellas

**Lo que pueden hacer los dirigentes - Directriz 5:** A medida que aumenta el apoyo a dicha formación, existen otras medidas concretas que los altos cargos pueden adoptar para promover un entorno institucional propicio (ref. 9). Éstas incluyen:

1. Adoptar formalmente una misión de división que reconozca la responsabilidad profesional de la policía de respetar la salud y la seguridad públicas, especialmente entre las poblaciones prioritarias
2. Diseñar y aplicar protocolos operativos estándar (POE) o políticas para todo el departamento con el fin de dirigir la prestación de servicios policiales para no obstaculizar el acceso al tratamiento/apoyo del VIH o el VHC para las poblaciones prioritarias
3. Diseñar y aplicar procedimientos operativos normalizados o políticas para todo el departamento que reduzcan el riesgo de infección por el VIH o el VHC en el trabajo, protegiendo la salud y la seguridad de los funcionarios
4. Diseñar y aplicar procedimientos operativos normalizados o políticas para todo el departamento que guíen a los agentes en el ejercicio de su discreción para minimizar los efectos negativos de la interacción policial en el acceso de las poblaciones prioritarias a los servicios relacionados con el VIH y el VHC
5. Proporcionar condiciones de trabajo flexibles para ayudar a mantener la salud y el bienestar de los funcionarios y/o sus familiares que puedan vivir con

8. Realización de evaluaciones continuas de asociaciones comunitarias o de salud pública en las que los indicadores de evaluación, los métodos, el análisis y la difusión de los resultados se diseñan en colaboración con los socios
9. Abogar por los cambios mencionados anteriormente que no están actualmente en vigor o no son accesibles para el personal

### Lo que escuchamos: Un enfoque renovado de la actuación policial en las comunidades indígenas

Tal y como se describe en el manual de formación, los servicios policiales deben esforzarse por mejorar su prestación de servicios policiales culturalmente seguros a las comunidades indígenas. Sobre la base de *Lo que escuchamos: A Renewed Approach to Policing in Indigenous Communities*, esta sección final explora cómo la policía puede alinear mejor las prácticas actuales con modos de aplicación de la ley más receptivos y sensibles (ref. 12).

**Lo que los líderes pueden hacer - Directriz 6:** Aquí se presentan tres componentes clave que, sobre la base de *Lo que escuchamos*, describen lo que algunas comunidades indígenas buscan en un modelo de policía comunitaria:

1. **Un enfoque orientado al problema:** Los modelos actuales de actuación policial son excesivamente punitivos y están orientados a la detención y el encarcelamiento. Este enfoque estrecho deja de lado los modos de justicia indígenas, que se centran más en la justicia restaurativa, la curación colectiva y el retorno de la armonía a una comunidad. Las comunidades sugieren, en cambio, un enfoque proactivo orientado a los problemas que se concentre menos en el control y más en la seguridad pública, la prevención y la colaboración.
2. **Un enfoque policial de doble nivel (aplicación de la ley y prevención):** Si no se puede abandonar la actuación policial convencional basada en la aplicación de la ley, es necesario adoptar un enfoque de doble nivel. En lugar de limitarse a reaccionar ante las denuncias de delitos o los problemas de seguridad pública inmediatos, la policía debería invertir recursos en la prevención de esos problemas (por ejemplo, remitiendo a las personas que consumen drogas a los servicios de consumo supervisado).
3. **Un enfoque colaborativo/integrado:** Ambos enfoques, el 1 y el 2, pueden mejorarse formando asociaciones de colaboración con los

interesadas de la comunidad indígena local. Dichas relaciones también podrían reforzar la confianza entre la comunidad, a la vez que mejorarían las remisiones policiales a los servicios críticos para los miembros de la comunidad. Sin embargo, hay que tener cuidado para evitar que se desdibujen los límites entre la policía y los proveedores de servicios comunitarios que trabajan con poblaciones prioritarias, ya que esto también puede socavar la confianza en los servicios y el acceso a los mismos.

## Apéndice 3 Referencias:

1. T. Khorasheh, R. Naraine, T. M. Watson, A. Wright, N. Kallio, C. Strike, "A scoping review of harm reduction training for police officers: Police harm reduction training", *Drug Alcohol Rev*, 38(2) (2019), pp. 131-50.
2. S. A. Strathdee, J. Arredondo, T. Rocha, D. Abramovitz, M. L. Rolon, E. Patiño Mandujano et al., "A police education programme to integrate occupational safety and HIV prevention: protocol for a modified stepped-wedge study design with parallel prospective cohorts to assess behavioural outcomes", *BMJ Open*, 5(8) (2015).
3. M. S. Hagger y N. L. D. Chatzisarantis, "The Trans-Contextual Model of Autonomous Motivation in Education: Conceptual and Empirical Issues and Meta-Analysis", *Review of Educational Research*, 86(2) (2016) pp. 360-407.
4. D. K-C. Chan, M. S. Hagger, "Autonomous forms of motivation underpinning injury prevention and rehabilitation among police officers: Una aplicación del modelo transcultural", *Motivation and Emotion*, 36(3) (2012) pp. 349-64.
5. Centro de Teoría del Cambio, *¿Cómo funciona la teoría del cambio?*, sin fecha. Disponible en: [www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/how-does-theory-of-change-work/](http://www.theoryofchange.org/what-is-theory-of-change/how-does-theory-of-change-work/).
6. S. H. Cheon, J. Reeve, I. Moon, "Experimentally Based, Longitudinally Designed, Teacher-Focused Intervention to Help Physical Education Teachers Be More Autonomy Supportive Toward Their Students", *Journal of sport & exercise psychology*, 1(34) (2012) pp. 365-96.
7. S. Mclachlan, M. Hagger, "Effects of an autonomy-supportive intervention on tutor behaviors in a higher education context", *Teaching and Teacher Education*, 1(26) (2010) pp. 1204-10.
8. J. Reeve, H. Jang, "What teachers say and do to support students' autonomy during a learning activity", *Journal of Educational Psychology*. 98(1) (2006) pp. 209-218. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0022-0663.98.1.209>.
9. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Training manual for law enforcement officials on HIV service provision for people who inject drugs*, 2014. Disponible en: [www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lmanual/LE\\_Manual\\_on\\_HIV\\_services\\_for\\_people\\_who\\_use\\_drugs.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lmanual/LE_Manual_on_HIV_services_for_people_who_use_drugs.pdf).
10. Community Oriented Policing Services (COPS), *Community Policing Defined*, US Department of Justice, 2014. Disponible en: <https://cops.usdoj.gov/RIC/Publications/cops-p157-pub.pdf>.
11. Departamento de Policía de Vancouver, *Vancouver Police Department Drug Policy*, 2006. Disponible en: <https://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf>.
12. DPRA Canada, *What We Heard: A Renewed Approach to Policing in Indigenous Communities - Engagement Summary Report*, preparado para Public Safety Canada, 2014. Disponible en: [www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rwd-pprch-plcng-ndgns-cmmnts/index-en.aspx](http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rwd-pprch-plcng-ndgns-cmmnts/index-en.aspx).







1240 Bay Street, Suite 600, Toronto, ON M5R 2A7  
Téléfono: +1 416 595-1666

[www.hivlegalnetwork.ca](http://www.hivlegalnetwork.ca)

Registro benéfico #141110155 RR0001