

## 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)

# EL ENJUICIAMIENTO O DE CASOS PENALES RELACIONADOS CON EL VIH EN CANADÁ:

AMODEL POLICIA



# Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>Modelo de política fiscal</b> .....	<b>5</b>
A. La restricción en el enjuiciamiento .....	5
Casos que no merecen ser procesados .....	5
Uso de delitos no sexuales.....	6
B. Prueba probatoria: perspectiva razonable de condena .....	7
Conocimiento de los mejores datos científicos disponibles sobre el VIH y otras ITS.....	7
Búsqueda de la opinión de expertos científicos.....	7
Agresiones en contexto no sexual.....	8
Cargos por agresión sexual.....	8
Riesgo significativo de daños corporales graves / Posibilidad real de transmisión del VIH.....	8
Presencia o ausencia de <i>mens rea</i> .....	9
C. Consideraciones de interés público .....	10
D. Fianza (libertad provisional judicial).....	11
E. Conducta de la fiscalía .....	12
Protección de la intimidad de denunciantes y acusados.....	12
Evitar los comentarios prejuiciosos o incendiarios .....	12
F. Sentencia .....	13
<b>El VIH y el derecho penal en Canadá</b> .....	<b>14</b>
La evolución del derecho .....	14
Carga viral.....	15
Uso del preservativo .....	15
Uso de los cargos por agresión sexual .....	17
<b>Preocupación por la criminalización del VIH</b> .....	<b>18</b>
<b>Anexo A: Orientaciones existentes para los fiscales sobre casos penales relacionados con el VIH</b> .....	<b>19</b>
Directiva federal .....	19
Políticas provinciales .....	20
Ontario.....	20
Colombia Británica .....	20
Otras provincias .....	22
Recomendación parlamentaria para una política coherente en todo el país .....	23
Orientación internacional .....	24
<b>Anexo B: Declaración de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal (2018)</b> .....	<b>25</b>
<b>Anexo C: Recursos útiles (documento externo)</b> .....	<b>37</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>39</b>

ENJUICIAMIENTO DE CASOS PENALES RELACIONADOS CON EL VIH EN  
CANADÁ EN EL ÁMBITO DE LA POLÍTICA

# Introducción

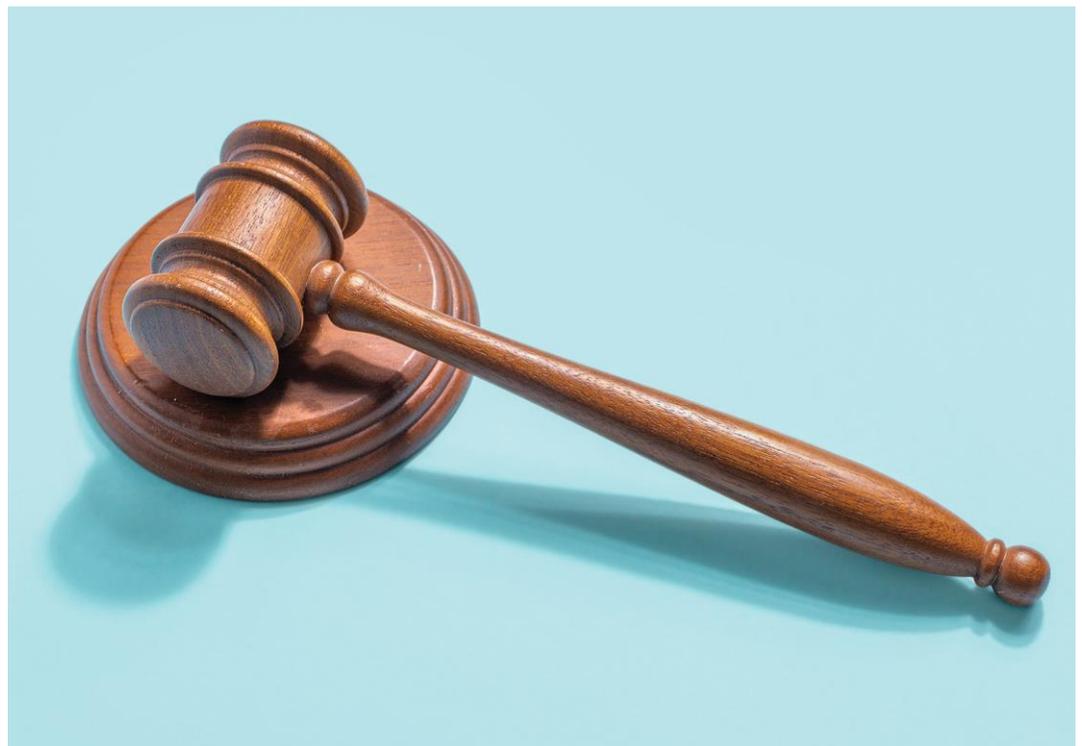
[La criminalización de la no revelación del VIH tiene graves consecuencias en la vida de las personas afectadas y actúa claramente como un impedimento para lograr nuestros objetivos de salud pública. <sup>1</sup>

- Comisión Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes, Penalización de la no revelación del estado serológico (junio de 2019)

Canadá ha sido identificado como un punto caliente mundial de los juicios relacionados con el VIH. A partir de 2022, se han producido más de 200 procesamientos por presunta no revelación del VIH en Canadá. El uso que hace Canadá del derecho penal en relación con el VIH ha sido reconocido como excesivamente amplio y punitivo por un amplio abanico de partes interesadas, entre las que se encuentran el gobierno federal, el Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes, organismos internacionales de salud y de derechos humanos, las comunidades científica y del VIH de Canadá y los defensores de los derechos de la mujer. <sup>2</sup>

En consonancia con los principios básicos que rigen la función de la fiscalía, los fiscales pueden y deben garantizar que cualquier proceso que implique acusaciones de no revelación, exposición o transmisión del VIH se lleve a cabo de manera justa y objetiva, se base en las pruebas médicas y científicas más sólidas y recientes, garantice los derechos y la dignidad de todos los implicados en un proceso y se fundamente en el interés público. <sup>3</sup>Una orientación sólida para gestionar los procesos penales relacionados con el VIH puede

ayudar en este sentido, impidiendo la incoherencia y la injusticia en la aplicación de la ley y evitando procesos que no reflejen estos principios básicos o que tengan pocas perspectivas de éxito. <sup>4</sup>





"Las directrices policiales y fiscales pueden garantizar la protección de las personas frente a investigaciones y procesamientos excesivamente amplios, desinformados y/o injustos. Estas directrices pueden ayudar a garantizar que cualquier investigación o enjuiciamiento policial se base en las mejores pruebas científicas disponibles en relación con el VIH, respete los principios jurídicos y de derechos humanos, trate los daños similares por igual y se ajuste a las estrategias de salud pública."

- ONUSIDA, Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: critical scientific, medical and legal considerations (2013)

Hasta la fecha, el gobierno federal y algunos gobiernos provinciales han desarrollado una política de enjuiciamiento en los casos relacionados con el VIH. Sin embargo, como reconoció el Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes en su informe de 2019, "las directivas fiscales existentes que crean normas diferentes para el procesamiento de la no revelación del VIH en las provincias dan lugar a aplicaciones incoherentes de la ley en Canadá. El Comité considera que esta situación debe rectificarse urgentemente para garantizar que todas las personas que hayan cometido actos similares en Canadá sean tratadas de la misma manera".<sup>5</sup> Por ello, el Comité recomendó la elaboración de una directriz fiscal común para todo Canadá que, en particular

- "poner fin a los procesos penales por no revelar el VIH, excepto en los casos en que haya una transmisión real del virus;
- Garantizar que los factores que deben respetarse para el procesamiento penal de la no revelación del VIH reflejen la ciencia médica más reciente en relación con el VIH y sus modos de transmisión, y que sólo se apliquen cuando haya una transmisión real teniendo en cuenta la posibilidad realista de transmisión. En este momento, la no revelación del VIH nunca debería ser procesada si (1) el individuo infectado tiene una carga viral indetectable (menos de 200 copias por mililitro de sangre); (2) se utilizan preservativos; (3) la pareja de la persona infectada está tomando la PrEP [profilaxis previa a la exposición]; o (4) el tipo de acto sexual (como el sexo oral) es uno en el que el riesgo de transmisión es insignificante".<sup>6</sup>

El presente documento tiene por objeto ayudar a las autoridades fiscales a elaborar dichas orientaciones para evitar

el uso perjudicial del derecho penal en relación con el VIH y garantizar el uso prudente de los escasos recursos de la fiscalía. Aunque otras infecciones de transmisión sexual pueden suscitar preocupaciones similares a las del VIH, han sido abrumadoramente los casos relacionados con el VIH los que han atraído el procesamiento y los comentarios judiciales. Por ello, el presente documento se centra en los juicios relacionados con el VIH.



# Modelo de política fiscal

A continuación se presenta un modelo de política que las autoridades fiscales canadienses pueden adoptar para limitar el uso del derecho penal en los casos que implican acusaciones de no revelación, exposición o transmisión del VIH. El lenguaje de esta política modelo se basó en varias fuentes y se inspira en ellas de forma abundante -y a veces literal-. Entre ellas se encuentran:

- la formulación de la política fiscal ya adoptada en algunas jurisdicciones de Canadá;
- la jurisprudencia, principalmente de Canadá, pero ocasionalmente de otras jurisdicciones cuando es pertinente;
- las conclusiones de los expertos científicos en el campo del VIH;
- recomendaciones del Ministerio de Justicia de Canadá y del Parlamento;
- las orientaciones de los organismos internacionales con experiencia en derecho y política relacionados con el VIH, incluidos el ONUSIDA y las *Orientaciones para los fiscales sobre casos penales relacionados con el VIH* publicadas por el PNUD en <sup>20217</sup>; y
- recomendaciones de las organizaciones del sector del VIH en Canadá.<sup>8</sup>

## A. Restricción en enjuiciamiento

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es, ante todo, un problema de salud pública; los esfuerzos de las autoridades sanitarias para detectar y tratar el VIH han dado lugar a una mejora significativa de los resultados sanitarios de las personas que viven con el VIH en Canadá, así como a la prevención de su transmisión.

Los casos que implican una acusación de no revelación del VIH a una pareja sexual son delicados y complejos. La epidemia del VIH ha afectado de manera desproporcionada a las personas social y económicamente marginadas; es probable que los juicios relacionados con el VIH también afecten de manera desproporcionada a estos grupos. Las personas que viven con el VIH se enfrentan a un estigma importante y continuo, y a menudo a la discriminación, relacionada con su estado serológico. La desinformación sobre el VIH y su transmisión contribuye a la estigmatización y los prejuicios contra las personas que viven con el VIH, lo que impide una respuesta eficaz de la salud pública.

El abogado de la Corona debe tener cuidado de no procesar los casos de manera que se socaven los esfuerzos de salud pública, se discrimine a las personas que viven con el VIH o se refuercen los prejuicios

sociales, las ideas preconcebidas y los temores irracionales sobre el VIH. Por lo tanto, los juicios relacionados con el VIH deben llevarse a cabo con moderación y precaución y siempre deben basarse en las pruebas médicas y científicas más recientes y fiables sobre el VIH.

Los fiscales de la Corona deben considerar la disponibilidad y la eficacia de las intervenciones de las autoridades de salud pública en virtud de los estatutos de salud pública como alternativa al enjuiciamiento penal, especialmente cuando no se han probado dichas intervenciones con un acusado.

Garantizar que los denunciantes tengan acceso a apoyo, incluido el asesoramiento y la atención médica en caso necesario, debería ser una prioridad en lugar de perseguir la supuesta no divulgación.

### Casos que no justifican el enjuiciamiento

En consonancia con las orientaciones internacionales, el abogado de la Corona debería, como mínimo, abstenerse de procesar en ausencia de pruebas creíbles de que el acusado ha transmitido el VIH intencionadamente.<sup>9</sup>

El abogado de la Corona no procederá con un proceso por presunta no revelación, exposición o transmisión del VIH a una pareja sexual si, en el momento del encuentro sexual en cuestión,

- (a) no existía, o la persona acusada creía honestamente que existía, ninguna posibilidad realista de transmisión asociada a la actividad en cuestión (véase más adelante); o

(b) la persona acusada:

- no sabían que eran seropositivos
- desconocía o no entendía cómo se transmite el VIH;
- creía razonablemente que su pareja sexual era consciente de su condición de seropositivo y de que el VIH es una infección transmisible;
- creía razonablemente que, dadas las circunstancias del encuentro sexual, su pareja sexual era consciente de los riesgos asociados a las relaciones sexuales con una persona de estado serológico desconocido;
- no revelaron su infección porque tenía un temor razonable a la violencia u otra consecuencia negativa grave como resultado;
- fue forzado o coaccionado a realizar la actividad sexual en cuestión; o
- utilizó o garantizó los medios prácticos para prevenir la transmisión (por ejemplo, el tratamiento antirretroviral, el uso del preservativo o la evitación de determinados actos sexuales) o no estaba en condiciones de hacerlo (por ejemplo, porque no tenían un acceso razonable al tratamiento, o temían razonablemente la violencia u otra consecuencia negativa grave) o se ofrecieron a tomar medios prácticos, pero su pareja sexual rechazó esa oferta.

### Uso de delitos no sexuales

Los delitos sexuales que implican coacción, fuerza y violencia no deben equipararse a los casos basados en acusaciones de no revelación del VIH. Los juicios por no revelación del VIH son distintos de otros juicios por agresión sexual porque la actividad sexual implicada es consentida si no es por la supuesta no revelación. Existe una gran preocupación de que el enjuiciamiento de la no revelación del VIH en el contexto de un encuentro sexual, por lo demás consentido, como una agresión sexual es a la vez excesivamente punitivo (incluyendo el resultado de designación obligatoria de por vida como delincuente sexual tras la condena) y socava la ley de agresión sexual como medio de abordar la violencia sexual.

En los casos excepcionales en los que se persigue, los fiscales de la Corona deben dar prioridad a los delitos no sexuales, en lugar de a los sexuales, cuando los delitos no sexuales reflejen más adecuadamente la infracción cometida.

Esto permitirá al abogado de la Corona una mayor flexibilidad -incluyendo una gama más amplia de opciones de resolución y sentencia- para garantizar mejor la protección del público y la equidad para el acusado y el denunciante.



## B. Prueba probatoria: perspectiva razonable de condena

### Comprender la mejor ciencia disponible en sobre el VIH y otras ITS

Los juicios deben basarse en todas las etapas en las pruebas más fiables. Los abogados de la Corona deben asegurarse de que tienen *un conocimiento práctico correcto* de la ciencia actual y relevante sobre la transmisión y el tratamiento del VIH. Como mínimo, los fiscales deben saber que:

- El VIH no se transmite fácilmente. Es un virus relativamente frágil que se transmite a través de rutas específicas y bien descritas. No se transmite por vía aérea, por gotitas, por fómites, por contacto o por vectores y no puede penetrar la piel humana intacta.
  - La posibilidad de transmisión del VIH durante un solo acto de sexo oral oscila entre la insignificancia (en circunstancias muy inusuales y extremas) y la ausencia.
  - La posibilidad de transmisión del VIH durante un solo acto de sexo vaginal o anal oscila entre baja y nula, dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo, incluso en ausencia de uso del preservativo o de una carga viral suprimida, la probabilidad de transmisión durante un acto de sexo vaginal se estima en 8 de cada 10.000.
  - No hay posibilidad de transmisión del VIH durante un solo acto de sexo vaginal, anal u oral cuando la pareja seropositiva tiene una carga viral indetectable (o "suprimida").
  - No existe ninguna posibilidad de transmisión del VIH si se utiliza correctamente un preservativo de látex o de poliuretano, lo que significa que su integridad no está comprometida y que se ha llevado durante todo el acto sexual en cuestión.
  - La posibilidad de transmisión del VIH por el coito vaginal-penil cuando la pareja seropositiva tiene una carga viral baja o utiliza un preservativo, o la pareja seronegativa está tomando la PrEP varía de nula a insignificante dependiendo del contexto. La posibilidad de transmisión del VIH por el coito anal-penil cuando la pareja seropositiva tiene una carga viral baja o utiliza un preservativo, o la pareja seronegativa está tomando la PPrE varía de nula a insignificante según el contexto. La probabilidad es similar si la pareja receptiva es hombre o mujer.
- No hay posibilidad de transmisión del VIH a través de la saliva, incluso cuando ésta contiene pequeñas cantidades de sangre. La posibilidad de transmisión del VIH por mordedura oscila entre la insignificante (en circunstancias muy inusuales y extremas) y la nula.

- Las modernas terapias antirretrovirales han mejorado la esperanza de vida de la mayoría de las personas seropositivas que tienen acceso regular a ellas, hasta el punto de que su esperanza de vida es similar a la de las personas seronegativas, transformando así la infección por el VIH en una condición de salud crónica controlable.
- El análisis filogenético puede ser compatible con la afirmación de que un acusado ha infectado a un denunciante con el VIH, pero no puede probarlo de forma concluyente. Es importante destacar que los resultados filogenéticos pueden exonerar a un acusado cuando los resultados descartan que el acusado sea la fuente de la infección por el VIH del denunciante.

Dicha información puede encontrarse en la [Declaración de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal](#), que debería ser consultada por los fiscales de la Corona que se ocupan de casos penales relacionados con el VIH.<sup>10</sup> En algunos casos, la consulta de dicha fuente y de otros recursos fiables (como los que se enumeran en el Anexo B) puede establecer de forma rápida y concluyente que no hay base científica para una acusación penal o un

enjuiciamiento en una circunstancia determinada, evitando así un enjuiciamiento innecesario y el uso indebido de recursos.

### Buscando la opinión de expertos científicos

En otras circunstancias más complejas, el abogado de la Corona debe solicitar el dictamen de un experto científico cualificado lo antes posible y solicitar más dictámenes periciales según sea necesario durante el proceso. Dicho dictamen pericial debe abordar cuestiones como la posibilidad de transmisión del VIH asociada al acto o actos alegados como base de un posible enjuiciamiento, y el daño corporal asociado a la infección por el VIH.

Si se alega la transmisión de la persona acusada a la denunciante, un experto adecuado debe aconsejar si las pruebas pueden establecer la transmisión con el grado de certeza legalmente requerido. Debe contratarse a un experto virólogo forense que conozca la complejidad y las limitaciones del análisis filogenético si dichas pruebas científicas se contemplan como parte de la prueba de la transmisión real.

Para facilitar la pronta resolución de los casos, el abogado de la Corona debe revelar el informe científico/médico del experto (o el dictamen sumario y los fundamentos de dicho dictamen) lo antes posible.

### Agresiones en contexto no sexual

Como se ha señalado anteriormente, en los casos de **mordedura, escupida o dispersión de un fluido corporal** hacia o sobre otra persona, la posibilidad de transmisión del VIH oscila entre insignificante (en circunstancias muy inusuales y extremas) y nula. Por lo tanto, aunque tales actos pueden constituir una agresión en derecho, la condición de seropositivo de una persona acusada de tal conducta es irrelevante. El abogado de la Corona no debe perseguir ninguna acusación por dicha conducta basándose en la condición de seropositivo del acusado, ni aumentar los cargos presentados o la sentencia solicitada en caso de condena, sobre esta base.

### Agresión sexual cargos

Como se ha señalado anteriormente, incluso en los casos de **no revelación a una pareja sexual**, si se procede a un enjuiciamiento, el abogado de la Corona debe preferir generalmente el uso de delitos no sexuales.

En el caso de que se proceda a un enjuiciamiento por agresión (sexual), el abogado de la Corona debe tener en cuenta los siguientes elementos de prueba necesarios (de acuerdo con *R v Cuerrier*, [1998] 2 SCR 371, *R contra Mabior*, 2012 SCC 47):

- la persona acusada debe haber sabido que vivía con el VIH antes del acto sexual;
- el acusado no reveló que vivía con el VIH antes del acto sexual;
- el acto sexual implicó una transmisión real, o una posibilidad realista de transmisión, del VIH;
- la denunciante no habría consentido el acto sexual si hubiera sabido que el acusado vivía con el VIH.

Cuando el denunciante conocía la condición de seropositivo de la persona acusada antes del acto sexual y consintió el acto sexual, no hay "fraude" ni delito.

Si no hay transmisión real o posibilidad realista de transmisión, no hay "fraude" ni delito.

### Riesgo significativo de daños corporales graves / Posibilidad realista de transmisión del VIH

La aplicación actual de la ley de agresión sexual a la no revelación del VIH exige que la Corona pruebe un "riesgo significativo de daños corporales graves" antes de que la no revelación del VIH pueda constituir un "fraude" que vicie el consentimiento para mantener relaciones sexuales: *R contra Cuerrier*, [1998] 2 SCR 371. El abogado de la Corona debe consultar a un experto científico cualificado para saber si, en las circunstancias de un caso determinado, existen pruebas creíbles para cumplir este requisito probatorio.

En el contexto específico del VIH, un riesgo significativo de daño corporal grave significa una "posibilidad realista de transmisión del VIH": *R v Mabior*, 2012 SCC 47. Para mayor claridad, en un caso relacionado con el VIH, no procederá el enjuiciamiento:

- en caso de sexo vaginal o anal,
  - si la persona acusada tenía una carga viral **suprimida** (por ejemplo, menos de 200 copias por ml de sangre) o **baja** (por ejemplo, menos de 1.500 copias por ml de sangre), o probablemente tenía una carga viral baja o suprimida porque estaba **tomando el tratamiento** según lo prescrito; o
  - si se **utilizó un preservativo** de látex, poliuretano u otro material que las pruebas establezcan que es igualmente eficaz para impedir la transmisión del VIH; o
  - si la persona acusada fue advertida o sabía que su pareja sexual estaba siguiendo un curso de profilaxis previa a la exposición (**PrEP**) con medicamentos antirretrovirales;
- en el caso del **sexo oral**.



### Presencia o ausencia de mens rea

*La mens rea* -incluida la intención de transmitir el VIH- no puede presumirse o establecerse simplemente porque una persona no haya revelado su estado de VIH/ITS o se haya comprometido a en determinada actividad (por ejemplo, relaciones sexuales sin preservativo). Hay varias razones por las que una persona puede falsear o no revelar su estado serológico o no estar en condiciones de tomar precauciones para prevenir el VIH. Esto no significa que tuvieran la intención de causar daño a sus parejas o que no tuvieran en cuenta su salud. El contexto y las circunstancias en las que la supuesta tergiversación o no revelación ocurrido -incluyendo el estado mental de la persona que vive con el VIH y las razones de la supuesta conducta- deben tomarse en consideración.

Para establecer la intención de transmitir, es necesario probar que un acusado tomó medidas activas para transmitir el virus a su pareja, ya sea con el propósito específico de hacerlo o sabiendo con virtual certeza que se produciría la transmisión.

Por el contrario, tomar precauciones para evitar o reducir la posibilidad de transmisión del VIH sería un factor que negaría la existencia de cualquier intención de causar daño y podría, según las circunstancias, negar también la existencia de imprudencia o negligencia criminal. También podría serlo la creencia honesta de que la pareja estaba tomando precauciones eficaces para evitar la transmisión del VIH. (por ejemplo, utilizando un preservativo, tomando la profilaxis previa a la exposición).

El abogado de la Corona debe tener en cuenta estos factores para evaluar si las pruebas establecen la *mens rea* requerida para la posible acusación.



## C. Interés público consideraciones

En el contexto específico de los procesos relacionados con el VIH/ITS, el abogado de la Corona deberá considerar los siguientes factores para evaluar si un proceso propuesto es de interés público:

- si la no revelación del estado seropositivo fue un incidente aislado o infrecuente, o si hay pruebas creíbles de un historial de no revelación que pone a las parejas sexuales en un riesgo significativo de infección
- si hubo una mera no revelación del estado del VIH o si la persona acusada tomó medidas activas para engañar o confundir al denunciante sobre su estado del VIH
- el posible desequilibrio de poder en las relaciones íntimas o de otro tipo, es decir, si la persona acusada se aprovechó de la posición vulnerable o subordinada de la denunciante, pero también si la persona acusada estaba en una posición vulnerable o subordinada a la denunciante
- si se utilizó un preservativo pero se resbaló o se rompió durante la relación sexual, la persona que vive con el VIH reveló inmediatamente su estado serológico a su pareja, lo que hizo posible que ésta buscara asesoramiento médico inmediato y, si procedía, iniciara un tratamiento de medicamentos contra el VIH (profilaxis postexposición)
- si se han intentado y agotado las intervenciones de las autoridades de salud pública, incluidas las opciones disponibles en virtud de la legislación de salud pública aplicable reducir una preocupación fundada por el riesgo continuo para la salud de los demás
- las consecuencias potencialmente duras u opresivas del enjuiciamiento y la condena para el acusado, incluidos los riesgos para la salud y la seguridad que el encarcelamiento supone para un acusado que vive con el VIH, el impacto potencial sobre la situación de inmigración de la persona y cualquier disposición de condena auxiliar que pueda entrar en juego en caso de condena, incluida la utilización de cargos por delitos sexuales para enjuiciar a una persona que vive con el VIH (por ejemplo, la designación obligatoria como delincuente sexual y el requisito de completar los programas para delincuentes sexuales en prisión como condición para la liberación). Por ejemplo, la designación obligatoria como delincuente sexual y el requisito de completar los programas para delincuentes sexuales en la cárcel como condición para la puesta en libertad.
- si un procedimiento penal ofrece una perspectiva realista de lograr algún remedio significativo o el reconocimiento de la queja legítima del denunciante (por ejemplo, el reconocimiento del daño experimentado)
- si las alternativas al enjuiciamiento, incluidas las medidas de remisión y los posibles programas de justicia restaurativa, pueden ofrecer una resolución satisfactoria.



## **D. Fianza (libertad provisional judicial )**

Existe una presunción constitucional a favor de la libertad provisional judicial. La detención en prisión preventiva puede tener consecuencias desproporcionadas para la salud de las personas que viven con el VIH o el SIDA, incluidas las posibles interrupciones de los antirretrovirales para el VIH o de otros cuidados médicos. Tanto el VIH y los delitos sexuales están fuertemente estigmatizados en los centros de detención, lo que supone un mayor riesgo de amenazas y violencia hacia la persona que vive con el VIH que está detenida a la espera de un juicio por un delito sexual. Además, las medidas para prevenir la transmisión del VIH en los centros de detención distan mucho de ser equivalentes a las disponibles en la comunidad.

El abogado de la Corona debe, por lo general, consentir la puesta en libertad de las personas acusadas de delitos que impliquen la no revelación del VIH; sólo en casos excepcionales la Corona debe oponerse a la fianza. El abogado de la Corona debe pedir condiciones de fianza que sean proporcionadas y estén racionalmente relacionadas con el presunto delito. Las condiciones de la fianza no deben violar de forma desproporcionada el derecho a la intimidad del acusado y su integridad sexual y física.



## E. Realización de la acusación

Tales medidas podrían incluir órdenes judiciales que:

El abogado de la Corona debe tener cuidado de no procesar los casos de manera que refuerce los prejuicios sociales, las ideas preconcebidas y los temores irracionales con respecto al VIH, o que socave los esfuerzos de salud pública para prevenir la propagación del VIH y otras ITS.

### Protección de la intimidad de los denunciantes y de los acusados

Los juicios por presuntos delitos sexuales pueden atraer una importante publicidad, aún más si implican acusaciones de no revelación o transmisión del VIH, que sigue siendo una condición de salud muy estigmatizada. El Tribunal Supremo de Canadá ha reconocido que la pérdida de intimidad relacionada con una condición médica estigmatizada puede suponer un grave riesgo para la dignidad de una persona implicada en un proceso judicial; dependiendo de los hechos de un caso, esto puede ser motivo suficiente para limitar la apertura de los tribunales y conceder la protección de la intimidad en un procedimiento judicial: *Sherman Estate v. Donovan*, 2021 SCC 25. En particular, el Tribunal señaló que debe considerarse si la información revela algo íntimo y personal sobre el individuo, su estilo de vida o sus experiencias.

Tanto el denunciante, que se ve obligado por el proceso de la acusación a compartir información personal íntima, como la actividad sexual, como el acusado, que por definición se enfrenta a una acusación (no a un conjunto de hechos probados), tienen fuertes intereses de privacidad. Aparte de su valor intrínseco, la protección de la intimidad puede permitir a los testigos ofrecer un relato más completo y sincero cuando declaran. También puede ayudar a proteger a los testigos contra la intimidación o las represalias en algunos casos. El abogado de la Corona también 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.

En todas las fases del proceso, el abogado de la Corona debe garantizar que se tengan en cuenta los intereses de privacidad tanto del acusado como del denunciante o denunciantes, incluido el mantenimiento de la confidencialidad de su identidad y de su estado de VIH en la mayor medida posible. Con este fin, el abogado de la Corona (junto con el abogado de la defensa y el tribunal) debería considerar la posibilidad de adoptar o solicitar diversas medidas para proteger la intimidad, en el juicio pero también antes del juicio y en cualquier procedimiento preliminar o posterior relacionado.

- permitir la recepción de pruebas de testigos específicos *a puerta cerrada*;
- proteger la identidad de los participantes en el procedimiento redactando los documentos y/o exigiendo el uso de sólo iniciales o seudónimos en el procedimiento y en cualquier registro judicial accesible al público;
- limitar la introducción de la información de los historiales médicos confidenciales a la que esté estrictamente relacionada con los hechos controvertidos en el procedimiento;
- restringir el acceso a los documentos archivados en el procedimiento judicial para evitar una mayor divulgación pública de dicha información;
- impedir la publicación más amplia, a través de cualquier documento, emisión en los medios de comunicación u otra transmisión (incluidos los comunicados de las fuerzas policiales, por ejemplo), de las identidades del denunciante y del denunciado o de cualquier información que

pueda identificarlos

- excluir al público de la sala, restringiendo el acceso a los familiares cercanos, amigos o partidarios del demandante y del acusado, y quizás el acceso a los medios de comunicación sujetos a una prohibición de publicación como la descrita anteriormente.

### Evitar comentarios perjudiciales o incendiarios

Además, dado el estigma que rodea al VIH y los prejuicios sociales comunes asociados al debate sobre el VIH (incluidas las cuestiones de género, sexo, sexualidad y consumo de drogas), el abogado de la Corona debe evitar argumentos o comentarios -al jurado y/o al juez en el juicio, y a los medios de comunicación antes, durante o después del juicio- que sean inexactos, engañosos, incendiarios o perjudiciales y que, por lo tanto, puedan dar lugar a un juicio o una apelación injustos. Esto incluye conductas como apelar al miedo, la emoción o los prejuicios, incluido el uso de un lenguaje incendiario o estigmatizante (por ejemplo, referirse al VIH como "una sentencia de muerte" o referirse a las personas con VIH, como el acusado, con términos como "portador del SIDA").

## F. Sentencia

El abogado de la Corona debe asegurarse de que no haya discriminación ni desproporción en la sentencia. En el contexto de los procesos penales relacionados con el VIH, la experiencia sugiere que se trata de una grave preocupación, con la posibilidad de que el estigma y los prejuicios de diversa índole relacionados con el VIH empañen el proceso de imposición de penas, al igual que en otras fases de un proceso.

El hecho de que una persona sea seropositiva nunca justifica la imposición de una pena privativa de libertad, como tampoco lo es la orientación sexual de una persona, su identidad de género, su condición de inmigrante, su consumo de sustancias o su venta o compra de sexo. Tampoco son motivos para imponer penas más duras o más estrictas, ni para imponer condiciones de libertad condicional o de libertad vigilada tras la puesta en libertad. El abogado de la Corona debe ayudar al tribunal al considerar el género y otros factores potencialmente relevantes. Entre otras cosas, esto significa evaluar los efectos de la violencia de género o de otro tipo que pueda haber sufrido un acusado, o el embarazo o las responsabilidades de cuidado de un acusado (y el impacto de la de encarcelamiento sobre las personas a su cargo). Del mismo modo, las demás circunstancias del acusado (por ejemplo, su estado de salud, su orientación sexual o identidad de género, su condición de inmigrante) que pueden influir en la carga de la encarcelación o de otra sentencia no privativa de libertad deben ser consideradas en la sentencia, para evitar dificultades indebidas y evitar socavar las perspectivas de rehabilitación. Como se detalla en el debate sobre la fianza más arriba, una sentencia de privación de libertad puede tener consecuencias sanitarias desproporcionadas para las personas que viven con el VIH o el SIDA.

El abogado de la Corona también debe tener en cuenta la sobrerrepresentación histórica de ciertas comunidades, en particular los negros y los indígenas, en el sistema de justicia penal y en los sistemas penitenciarios federales y provinciales. En los procesos relacionados con el VIH, al igual que en otros procesos, el abogado de la Corona debe tener en cuenta las orientaciones proporcionadas por los tribunales (por ejemplo, *R v. Gladue*, [1999] 1 S.C.R. 688; *R. v. Ipeelee*, 2012 SCC 13) y otras políticas aplicables en relación con la condena de los acusados indígenas o de otras razas.

Al igual que en otros procesos, el abogado de la Corona debe solicitar una sentencia de prisión sólo cuando ninguna otra pena sea proporcional a la gravedad del delito y a la forma en que se cometió, teniendo en cuenta los factores agravantes y atenuantes. En el contexto específico de los juicios relacionados con el VIH, éstos pueden incluir los siguientes:

- factores que contribuyen a la falta de acceso del acusado a la información y al tratamiento médico adecuados;
- el temor razonable de un acusado de que revelar su estado a una pareja sexual, o tomar o proponer medidas para reducir la posibilidad de transmisión (por ejemplo, el uso del preservativo, abstenerse de ciertos actos sexuales), podría dar lugar a violencia u otra consecuencia negativa grave;
- la ausencia de transmisión del VIH como factor atenuante; y
- posibles consecuencias negativas para la salud y la seguridad de una persona que vive con el VIH.

Incluso en los casos en que la transmisión o exposición al VIH en cuestión se produce en el contexto de un encuentro sexual, los asuntos relacionados con el VIH no son delitos sexuales *en sí mismos*.

Por lo tanto, en la circunstancia excepcional de que el abogado de la Corona haya proseguido con el enjuiciamiento de un delito sexual (por ejemplo, una agresión sexual), el abogado debe, en la medida de lo posible, evitar la invocación de las diversas disposiciones auxiliares de la sentencia que pueden entrar en juego en los casos de una condena.



# El VIH y el derecho penal en Canadá

El *Código Penal* no incluye ningún delito que penalice específicamente la transmisión, la exposición o la no revelación del VIH; hasta la fecha se han llevado a cabo procesamientos en virtud de diversas disposiciones del *Código*.

Ha habido al menos una docena de casos en los que se han presentado cargos penales (o se han intensificado) contra una persona que vive con el VIH por morder o escupir, a pesar de que está demostrado desde hace tiempo que el VIH no se transmite por esos medios. Sin embargo, la inmensa mayoría de los procesamientos han surgido a partir de acusaciones de no revelación del estado seropositivo (conocido) a una pareja sexual.

Hasta diciembre de 2020, se habían documentado al menos 224 juicios relacionados con la no revelación, la mayoría de ellos relacionados con la supuesta exposición al VIH y no con la transmisión real.<sup>11</sup> La obligación de revelar la condición de seropositivo antes de mantener relaciones sexuales se ha establecido mediante la interpretación judicial de las disposiciones del *Código Penal* de aplicación general. Es importante destacar que la revelación del VIH no es una obligación general. En 1998, el Tribunal Supremo de Canadá dictaminó que las personas que viven con el VIH tienen la obligación legal de revelar su estado a una pareja sexual antes de mantener relaciones sexuales que supongan un "**riesgo significativo de daños corporales graves**": *R contra Cuerrier*, [1998] 2 SCR 371. El Tribunal dictaminó que, en tales circunstancias, no revelar o tergiversar activamente la condición de seropositivo puede constituir un "fraude" que vicia el consentimiento para mantener relaciones sexuales, transformando el encuentro sexual, que de otro modo sería consentido, en una agresión sexual (de conformidad con el artículo 265 del *Código Penal*). El Tribunal dictaminó que la Corona también debe demostrar que el denunciante no habría consentido en mantener relaciones sexuales si hubieran conocido la condición de seropositivo de su pareja. En 2012, el Tribunal aclaró que existe un "riesgo significativo" cuando hay una "**posibilidad realista de transmisión del VIH**": *R contra Mabior*, 2012 SCC 47; *R contra DC*, 2012 SCC 48.<sup>12</sup> Por lo tanto, la interpretación y aplicación de esta norma es una consideración clave para los fiscales (y para los tribunales) y debe basarse en las mejores pruebas científicas disponibles (véase más adelante).

## Evolución en la ley

En el caso *Mabior*, el Tribunal Supremo de Canadá concluyó expresamente que **no hay obligación de revelar** el estado seropositivo cuando se mantienen relaciones sexuales vaginales o anales si se utiliza un **preservativo** y la pareja seropositiva tiene una **carga vírica "baja"** (que definió, basándose en las pruebas de que disponía, como inferior a 1500 copias/ml).

El Tribunal concluyó que, en tales circunstancias, no existe una posibilidad realista de transmisión. Esta combinación de dos factores era la única circunstancia en la que el Tribunal Supremo estaba preparado, basándose en las pruebas que tenía ante sí en ese caso, para decir claramente que no había obligación de revelar. Sin embargo, el Tribunal dijo que podría haber otras circunstancias en las que no habría obligación de revelar porque no hay una posibilidad realista de transmisión. El Tribunal dijo que su sentencia "*no impide que el derecho común se adapte a los futuros avances en el tratamiento y a las circunstancias en las que entran en juego factores de riesgo distintos de los considerados en este caso*".<sup>13</sup>

Algunos han interpretado la sentencia *Mabior* del Tribunal Supremo en el sentido de que siempre se requiere tanto el uso del preservativo como una carga viral baja para negar la existencia de una "posibilidad realista de transmisión del VIH" en caso de sexo vaginal o anal.<sup>14</sup> Sin embargo, esta interpretación es controvertida y está cada vez más en entredicho dada la

El consenso científico de los expertos en sentido contrario y la evolución posterior de la ley.

Algunos tribunales han considerado y rechazado expresamente esta interpretación por considerarla

## ENJUICIAMIENTO DE CASOS PENALES RELACIONADOS CON EL VIH EN

**CANADÁ: UN MODELO DE POLÍTICA** demasiado estrecha; señalan que *Mabior* no puede entenderse correctamente en el sentido de que exija a los tribunales que ignoren las pruebas científicas de que disponen en cada caso, especialmente en lo que respecta a factores como la carga viral del acusado y el uso del preservativo. El propio Tribunal Supremo aún no ha revisado la cuestión. Obsérvese que en varias jurisdicciones, la política de la fiscalía también ha ido ya más allá de esta interpretación y aplicación más limitada de *Mabior*, con respecto a cada uno de los factores de la carga viral y el uso del preservativo.

## Carga viral

Desde *Mabior*, la ley relativa a las cargas virales ha evolucionado significativamente, al igual que la práctica de los fiscales y, en algunas jurisdicciones, la política de los mismos. Mientras que algunos tribunales afirmaron en un principio que *Mabior* significa que una carga viral indetectable por sí sola no era suficiente para negar una posibilidad real de transmisión,<sup>15</sup> decisiones más recientes han concluido lo contrario. Por ejemplo, los jueces de los tribunales de Nueva Escocia han aceptado, basándose en las pruebas científicas que tenían ante sí, que una carga viral indetectable es suficiente *per se* para excluir una posibilidad realista de transmisión: *R v JTC*, 2013 NSPC 88 (YJ Ct) y *R v JTC*, 2013 NSPC 105. Del mismo modo, en Ontario, en *R v. CB*, 2017 ONCJ 545, el tribunal absolvió al acusado porque su carga viral indetectable significaba que no había una posibilidad realista de transmisión. En al menos otros cinco casos desde *Mabior*, se han retirado los cargos basándose en la carga viral indetectable del acusado. Por último, en un caso de 2019 en Ontario, el acusado no había utilizado un preservativo para las relaciones sexuales vaginales, pero fue absuelto porque su carga viral, aunque no era "indetectable", era "baja" (menos de 1.500 copias/mL); dadas las pruebas de los expertos, el juez de primera instancia concluyó que la Corona no había establecido una posibilidad realista de transmisión en tal circunstancia: *R v Vatcher* (22 de noviembre de 2019), Ottawa, expediente judicial n° 0411- 998-17-51-27 (OCJ.)

## Carga viral y transmisión del VIH

El Tribunal Supremo es un ejemplo de la capacidad de VIH en la sangre de los preservativos. Tener una carga viral indetectable mejora la salud y la calidad de vida, pero no puede eliminar el riesgo de transmisión de VIH. La Corte en un caso de 2012 afirmó que la carga viral indetectable no es suficiente para excluir la posibilidad de transmisión del VIH. En un caso de 2017, los jueces dictaminaron que la Corona debe probar que las relaciones sexuales se produjeron sin preservativo para alcanzar el umbral de un "riesgo significativo", lo que significa que la ley no se extiende a la penalización de la no revelación por parte de las personas que viven con el VIH que utilizan preservativos porque la posibilidad de transmisión era suficientemente baja. <sup>22</sup> Los tribunales de otras jurisdicciones de la Commonwealth también han reconocido expresamente que el uso de preservativos puede excluir la responsabilidad penal por la no revelación del VIH. <sup>23</sup>

Posteriormente, en 2012, el Tribunal Supremo de Canadá se negó en *Mabior* a "tomar nota judicial de que el uso del preservativo siempre niega un riesgo significativo de daño corporal grave" (es decir, una posibilidad realista de transmisión del VIH) en ausencia de un consenso científico sobre este punto. <sup>24</sup> Sin embargo, como varios tribunales han reconocido expresamente desde entonces, esto no significa que el uso del preservativo por sí solo nunca pueda negar una posibilidad realista de transmisión;

más bien, los tribunales deben tener en cuenta las pruebas que tienen ante sí en un caso determinado, y *Mabior* no impone lo contrario: *R v JTC*, 2013 NSPC 88 (YJ Ct) y *R. v. J.T.C.*, 2013 NSPC 105; *R v. Thompson*, 2016 NSSC 134.

"Debe haber una posibilidad realista de transmisión. Se anula con una carga viral baja y el uso del preservativo. El tribunal [en el caso *Mabior*] no afirma que esa sea la única forma de negarlo. No afirma que un dictamen pericial que establezca que el riesgo de transmisión en un caso concreto es efectivamente nulo es irrelevante. Eso equivaldría a decir que los hechos no importan y que se presume que una persona con VIH es infecciosa a pesar de los hechos... [*Mabior* y *D.C.* ] no pretendían, en mi opinión, sustituir los hechos científicos por conclusiones jurídicas".

- *R v J.T.C.*, 2013 NSPC 105 en el párrafo 85, aplicado en *R v. Thompson*, 2016 NSSC 134

El consenso científico, tanto de los expertos canadienses como de los internacionales en materia de VIH, es que la posibilidad de transmisión del VIH asociada a las relaciones sexuales vaginales con preservativo varía de nula a insignificante según el contexto, porque el uso correcto del preservativo durante las relaciones sexuales significa que la transmisión del VIH no es posible, ya que el VIH no puede atravesar el látex o el poliuretano intactos. Por lo tanto, los fiscales y los tribunales tienen una base sólida para concluir que no se justifica ningún enjuiciamiento o condena en un caso en el que se hayan utilizado preservativos para el sexo vaginal o anal; *Mabior* no lo excluye.

Esto se ha reflejado en algunos comentarios judiciales y en las orientaciones de la fiscalía desde *Mabior*, pero sigue sin resolverse en la ley. Al igual que en el caso original de la cuestión de la carga viral, al menos un tribunal ha interpretado *Mabior en el* sentido de que el uso del preservativo por sí solo no niega la posibilidad realista de transmisión (y, en cambio, debe ir siempre acompañado de una carga viral baja en la persona que vive con VIH): *R v NG*, 2020 ONCA 494. Por el contrario, al menos un tribunal ha dictaminado que, independientemente de la carga viral del acusado, el uso correcto del preservativo era suficiente *per se* para excluir una posibilidad realista de transmisión, y absolvió a una persona acusada de no revelar el VIH sobre esta base: *R v. Thompson*, 2016 NSSC 134 (fallo no perturbado en la apelación, 2018 NSCA 13). La directiva del Fiscal General de Canadá a los fiscales federales señala que, por lo general, no debe haber enjuiciamiento en los casos en los que se ha utilizado un preservativo, y la política de la fiscalía en al menos una provincia señala que el uso del preservativo es un factor que puede pesar en contra del enjuiciamiento (véase el anexo A).



## Uso del preservativo y transmisión del VIH

### *Declaración de consenso canadiense (2014)*

"Los preservativos son la piedra angular de la prevención del VIH. Los preservativos de látex y poliuretano actúan como una barrera física impermeable a través de la cual el VIH no puede pasar. **Cuando se utilizan correctamente y no se rompen, los preservativos son 100% eficaces para detener la transmisión del VIH...** En los casos en los que la presente declaración de consenso habla de la posibilidad de transmisión del VIH en el contexto del uso del preservativo, se asume que el preservativo se colocó en el pene y se usó durante toda la relación sexual, y que no se produjo ninguna rotura del mismo."

"Cuando se utiliza un preservativo o cuando el individuo seropositivo sigue una terapia antirretroviral eficaz, las relaciones vaginales-peniles presentan una posibilidad insignificante de transmitir el VIH".

"Cuando se utiliza un preservativo, el coito anal-penil plantea una posibilidad insignificante de transmitir el VIH, independientemente de que el individuo seropositivo esté siguiendo una terapia antirretroviral eficaz".

Fuente: M. Loutfy, M. Tyndall y otros, "Canadian Consensus Statement on HIV and its transmission in the context of the criminal law", *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 2014; 25(3): 135-140.

### *Declaración de consenso de expertos internacionales (2018)*

"El uso correcto del preservativo (ya sea masculino o femenino) previene la transmisión del VIH porque la porosidad de los preservativos es protectora incluso de los más pequeños patógenos transmisibles sexualmente, incluido el VIH; **los preservativos de látex y poliuretano actúan como una barrera física impermeable a través de la cual el VIH no puede pasar.** El uso correcto del preservativo significa que la integridad del mismo no se ve comprometida y que el preservativo se lleva durante todo el acto sexual en cuestión.

**El uso correcto del preservativo durante las relaciones sexuales impide la transmisión del VIH".**

Fuente: F. Barré-Sinoussi et al., "Expert consensus statement on the science of HIV in el contexto del derecho penal", *Journal of the International AIDS Society* 2018; 21: e25161 (25 de julio de 2018), en línea: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.25161>

## Uso de los cargos de agresión sexual

Tanto el sector del VIH como los defensores de los denunciantes (predominantemente mujeres) en casos de agresión sexual han expresado cada vez más su preocupación por el procesamiento de la no revelación del VIH como agresión sexual (agravada). El Ministerio de Justicia de Canadá ha recomendado el uso de delitos no sexuales en los casos menos culpables,<sup>25</sup> y el Fiscal General federal también ha ordenado a la Fiscalía de Canadá que utilice delitos no sexuales en tales circunstancias.<sup>26</sup> Además de recomendar reformas para limitar la "sobrecriminalización del VIH" de diversas maneras, el Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos instó específicamente a poner fin de inmediato al uso de los cargos por agresión sexual:

"El Comité está de acuerdo con los testigos en que el uso de las disposiciones sobre agresión sexual para tratar la no revelación del VIH es excesivamente punitivo, contribuye a la estigmatización y discriminación de las personas que viven con el VIH y actúa como un impedimento significativo para la consecución de nuestros objetivos de salud pública. Las consecuencias de una condena de este tipo son demasiado duras y el uso de las disposiciones sobre agresión sexual para tratar las actividades sexuales consentidas simplemente no es apropiado".<sup>27</sup>



# Preocupación por el VIH criminalización

Cada vez hay más pruebas y preocupaciones de que el uso del derecho penal para abordar la no revelación, la exposición y/o la transmisión del VIH ("criminalización del VIH") no es una política de salud pública eficaz y

puede hacer más daño que bien a los derechos humanos y a la salud pública. Las pruebas disponibles no han demostrado que la penalización del VIH tenga ningún beneficio significativo en la prevención del VIH. <sup>28</sup>De hecho, las investigaciones demuestran que la penalización del VIH perjudica los esfuerzos de prevención del VIH de diversas maneras, al tiempo que plantea importantes problemas de derechos humanos:

- En la medida en que las actividades que suponen poco o ningún riesgo de transmisión se tratan como delitos, la criminalización perpetúa y exagera la desinformación sobre la naturaleza del VIH y su transmisión. <sup>30</sup>
- Además de difundir a menudo información errónea, los procesos penales contribuyen a exagerar el miedo a las personas que viven con el VIH y a la estigmatización relacionada con el VIH, <sup>31</sup> así como al miedo a la persecución por parte de las personas que viven con el VIH. <sup>32</sup>
- El miedo a la persecución, incluso por actividades que suponen poco o ningún riesgo de transmisión, disuade a algunas personas de someterse a la prueba del VIH. <sup>33</sup>
- La criminalización dificulta el acceso a los enfoques voluntarios del VIH y erosiona la confianza en ellos  
prevención, incluido el asesoramiento sobre el VIH, con los consiguientes perjuicios para la salud tanto individual como pública. En los juicios relacionados con el VIH es habitual que los resultados de las pruebas del VIH y de otros tipos de pruebas y las conversaciones con los profesionales médicos y de otro tipo se presenten como pruebas en su contra, y los médicos y Las enfermeras pueden verse obligadas a testificar en los tribunales contra sus pacientes. Esto desalienta la discusión abierta de las actividades de riesgo y la información sobre los compañeros con los proveedores de pruebas y otros proveedores de atención médica, discusiones que son esenciales para la prestación de atención y apoyo adecuados y/o para la localización de contactos. <sup>34</sup>
- Los defensores de los derechos de las mujeres han destacado que la penalización del VIH no aborda la violencia de género y otras desigualdades, factores que están entrelazados con el riesgo de VIH de las mujeres, <sup>35</sup> y que, por el contrario, puede exacerbar estos riesgos para las mujeres que viven con el VIH. <sup>36</sup> Las personas que viven con el VIH que están en relaciones abusivas -que son desproporcionadamente mujeres- se enfrentan a la posibilidad de ser amenazadas con acusaciones criminales de no revelar, exponer o transmitir el VIH como medio de control y coerción. <sup>37</sup> También se ha comprobado que la criminalización del VIH socava el acceso a la atención sanitaria de las mujeres que viven con el VIH. <sup>38</sup>
- La aplicación discriminatoria de la ley es otra preocupación. Los datos disponibles muestran que los procesamientos  
- o la amenaza de enjuiciamiento- por la supuesta no revelación, exposición o transmisión del VIH afectan de forma desproporcionada a determinadas comunidades, como los negros y los indígenas y los homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, una preocupación señalada por Justice Canada y el Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos. <sup>39</sup> Mientras tanto, la cobertura mediática de los procesos penales relacionados con el VIH se ha centrado de forma desproporcionada en los acusados negros y/o inmigrantes, y ha reflejado o contribuido a los preocupantes estereotipos racistas. <sup>40</sup>



# Anexo A: Orientaciones existentes para los fiscales sobre casos penales relacionados con el VIH

## Directiva federal

En 2016, el Ministro de Justicia y Fiscal General de Canadá [reconoció el problema](#) de la "sobrecriminalización del VIH" y dijo que "el sistema de justicia penal debe adaptarse para reflejar mejor las pruebas científicas actuales sobre las realidades de esta enfermedad".<sup>41</sup> Posteriormente, Justice Canada publicó su informe sobre la [respuesta del sistema de justicia penal a la no revelación del VIH](#).<sup>42</sup> Informado por ese informe, en 2018 el Fiscal General de Canadá emitió una [directiva al Director del Servicio de la Fiscalía de Canadá](#) (PPSC).<sup>43</sup>

La directiva del Fiscal General lo reconoce:

- "El VIH es, ante todo, un problema de salud pública, y los esfuerzos de las autoridades sanitarias públicas para detectar y tratar el VIH han dado lugar a una mejora significativa de los resultados sanitarios de las personas que viven con el VIH en Canadá, así como a la prevención de su transmisión ulterior;"
- "las personas de entornos marginados como, por ejemplo, los indígenas, los homosexuales y los negros, tienen más probabilidades que otros de vivir con el VIH en Canadá, de modo que las leyes penales que se aplican a la no revelación del VIH probablemente afecten de forma desproporcionada a estos grupos;"
- "la cuestión de si la actividad sexual plantea una posibilidad realista de transmisión debe determinarse sobre la base de la ciencia médica más reciente sobre la transmisión del VIH", y "la ciencia médica más reciente muestra que el riesgo de transmisión del VIH a través de la actividad sexual se reduce significativamente cuando: la persona que vive con el VIH está en tratamiento; se utilizan preservativos; sólo se practica el sexo oral; la actividad sexual se limita a un acto aislado; o, la persona expuesta al VIH, por ejemplo como resultado de la rotura de un preservativo, recibe profilaxis post-exposición".

Las disposiciones operativas de la directiva dirigida al Director del PPSC dicen lo siguiente

- a) "El Director no perseguirá los casos de no divulgación del VIH cuando la persona que vive con el VIH haya mantenido una **carga viral suprimida, es decir**, por debajo de 200 copias por ml de sangre, porque no existe una posibilidad realista de transmisión.
- b) Por lo general, el Director no perseguirá los casos de no revelación del VIH cuando la persona no haya mantenido una carga viral suprimida pero haya **utilizado preservativos** o haya practicado sólo **sexo oral** o haya **tomado el tratamiento según lo prescrito**, a menos que estén presentes otros factores de riesgo, porque probablemente no haya una posibilidad realista de transmisión.
- c) El Director perseguirá los casos de no revelación del VIH utilizando **delitos no sexuales**, en lugar de delitos sexuales, cuando los delitos no sexuales reflejen más adecuadamente la infracción cometida, como los casos que implican niveles más bajos de culpabilidad.
- d) El Director tendrá en cuenta si las autoridades **sanitarias** públicas han prestado servicios a una persona que vive con el VIH y que no ha revelado su estado serológico antes de la actividad



## Políticas provinciales

### Ontario

En diciembre de 2017, el Fiscal General de Ontario y el Ministro de Salud y Cuidados a Largo Plazo emitieron una declaración conjunta en la que afirmaban que "creen firmemente que el VIH debe considerarse con una lente de salud pública, en lugar de con una lente de justicia penal, siempre que sea posible".<sup>44</sup> La declaración iba acompañada de una breve modificación de la política sobre delitos sexuales en el *Manual de Procesamiento de la Corona* del Ministerio del Fiscal General.<sup>45</sup>

Esta política establece que no existe una posibilidad realista de transmisión del VIH en ningún caso en el que

- **se utiliza un preservativo y hay una baja carga viral;**
- una persona que vive con el VIH está en terapia antirretroviral y ha mantenido una **carga viral suprimida** durante seis meses. (El término "carga viral suprimida" se define como inferior a 200 copias/ml).

La política establece que, en estos casos, no se procederá a su enjuiciamiento en Ontario. La primera circunstancia se basa, evidentemente, en la sentencia del Tribunal Supremo en el asunto *Mabior*, que aceptó que la combinación de un preservativo y una carga viral baja niega una posibilidad realista de transmisión. Aunque la segunda circunstancia va más allá de una interpretación estricta de *Mabior*, está bien fundamentada en el consenso científico de que no existe una posibilidad realista de transmisión cuando una persona tiene una carga viral suprimida.

La política de Ontario no se pronuncia sobre la persecución en cualquier otra circunstancia, incluidos los casos de uso del preservativo solo o de sexo oral, y no aborda ninguna otra cuestión, incluidos los factores de interés público que deben tenerse en cuenta.

### British Columbia

En la Columbia Británica, el Servicio de Fiscalización de la Columbia Británica (BCPS) emitió una política actualizada en abril de 2019 en relación con los casos en los que se alega que se ha producido una agresión sexual debido al "fraude" de la no revelación del VIH.<sup>46</sup> La política de la BCPS subraya la necesidad de prestar cuidadosa atención a las mejores pruebas científicas disponibles y a las consideraciones de interés público, incluidos los derechos humanos:

"Las pruebas científicas demuestran que la posibilidad de transmisión del VIH varía en función de factores como la naturaleza de la actividad sexual, la carga viral y el uso del preservativo.

Los abogados de la Corona que evalúen los cargos en virtud de esta política deben asegurarse de que los conocimientos científicos actuales informen sus decisiones de evaluación de los cargos y deben ser cautelosos cuando consideren el procesamiento.

Los cargos propuestos que entran en esta política plantean importantes cuestiones de salud individual y pública, igualdad y autonomía. El abogado de la Corona debe equilibrar cuidadosamente la necesidad de proteger al público en general y la autonomía individual y sexual

de las víctimas, garantizando al mismo tiempo que las personas que viven con el VIH no sean objeto de criminalización o estigmatización únicamente por su enfermedad".

La política del BCPS también identifica los elementos de prueba necesarios, basándose en el estado actual de la ley en Canadá con respecto a la aplicación de las disposiciones sobre agresión sexual en casos de presunta no revelación del VIH (*R contra Cuerrier*, [1988] 2 SCR 371; *R contra Mabior*, 2012 SCC 47):

- "el acusado debe haber sabido que vivía con el VIH antes del acto sexual;

## ENJUICIAMIENTO DE CASOS PENALES RELACIONADOS CON EL VIH EN

### CANADÁ: UN MODELO DE POLÍTICA

- el acto sexual implicó una transmisión real, o una posibilidad realista de transmisión, del VIH;
- antes del acto sexual, el acusado no reveló que vivía con el VIH; y
- la denunciante no habría consentido el acto sexual si hubiera sabido que el acusado vivía con el VIH".

Al considerar la prueba de la "posibilidad realista de transmisión del VIH" establecida por el Tribunal Supremo en

*Mabior*, la política de BCPS dice lo siguiente:

"En las siguientes situaciones específicas, no habría una posibilidad realista de transmisión y, por lo tanto, no deberían aprobarse las tarifas:

- durante cada acto de sexo vaginal o anal **se utilizó correctamente un preservativo y la persona que vive con el VIH tenía una carga viral baja**<sup>47</sup>
- la persona que vive con el VIH aceptó y cumplió un régimen de terapia antirretroviral y mantuvo una **carga viral suprimida** de menos de 200 copias/ml de medición consecutiva cada cuatro a seis meses
- las partes del acto sexual sólo practicaron **sexo oral**, y no había otros factores de riesgo".

La política del BCPS también identifica varios factores que pueden pesar a favor o en contra de un enjuiciamiento: "Factores de interés público que pesan a favor del enjuiciamiento

- El VIH se transmitió realmente al denunciante a través del acto o actos sexuales
- la persona que vive con el VIH participó en actos sexuales repetidos que aumentaron significativamente la oportunidad de transmisión a uno o más denunciados
- la persona que vive con el VIH tomó medidas activas para engañar o confundir al denunciante sobre su condición de seropositivo

Factores de interés público que pueden pesar en contra del enjuiciamiento

- un funcionario médico de salud ha impuesto condiciones ejecutables en virtud de la Ley de Salud Pública a la persona que vive con el VIH, que abordan efectivamente cualquier problema de seguridad pública
- la persona que vive con el VIH está tomando las medidas adecuadas, bajo supervisión médica, para abordar eficazmente el riesgo para el público
- la persona que vive con el VIH es una persona marginada o vulnerable que carece de una red de apoyo o de otros medios para acceder a la información y al tratamiento médico adecuados
- la persona que vive con el VIH utilizó correctamente un preservativo durante un único acto de sexo vaginal o anal  
y el VIH no se transmitió a pesar de tener una carga viral baja y de utilizar correctamente el preservativo durante cada acto sexual vaginal o anal, si el preservativo se deslizó o se rompió durante o después del acto sexual y la persona que vive con el VIH reveló inmediatamente su condición de seropositivo a su pareja, lo que hizo posible que su pareja buscara asesoramiento médico inmediato y, en su caso, iniciara un tratamiento de medicamentos contra el VIH (profilaxis post-exposición)"



### Otras provincias

En **Alberta**, la posición de las autoridades fiscales parece ser la misma que en Ontario. No hay ninguna directriz o guía oficial en vigor. Sin embargo, en enero de 2019, el Viceministro de Justicia adjunto responsable de la fiscalía provincial articuló su posición en una carta dirigida a los defensores de la comunidad de la siguiente manera:<sup>48</sup>

"En respuesta a la información médica proporcionada por la Agencia de Salud Pública de Canadá en el informe de Justice Canada, *Criminal Justice System's Response to Non-Revelación del VIH*, los fiscales de la Corona han sido advertidos de que no existe una posibilidad realista de transmisión del VIH entre parejas sexuales cuando alguien que vive con el VIH está tomando el tratamiento y ha mantenido una carga viral suprimida en mediciones consecutivas realizadas con un intervalo de cuatro a seis meses. En estas circunstancias no se producirá un enjuiciamiento.

También se ha advertido a los fiscales de la Corona que la investigación médica en este ámbito está en curso y que debe solicitarse una opinión médica al evaluar la posibilidad realista de transmisión para garantizar que se tengan en cuenta las investigaciones y los tratamientos médicos más actualizados."

En **Quebec**, no hay ninguna directriz o guía oficial en vigor. En una carta de septiembre de 2019 dirigida a los defensores de la comunidad, el jefe de la fiscalía provincial expuso su posición de la siguiente manera:<sup>49</sup>

- no debe procederse al enjuiciamiento en caso de que se utilice un preservativo y la carga vírica de la persona que vive con el VIH sea baja (es decir, inferior a 1.500 copias/ml), y la persona acusada estuviera tomando el tratamiento según lo prescrito y tuviera una carga vírica inferior a 200 copias/ml, medida mediante pruebas de laboratorio consecutivas cada 4 a 6 meses; y
- La existencia de una "posibilidad realista de transmisión" del VIH se evalúa caso por caso, basándose en los hechos del caso y en las pruebas científicas y médicas más actuales disponibles, en el caso de sexo oral, vaginal o anal con preservativo y en el caso de sexo oral sin preservativo, incluso en ausencia de tratamiento antirretroviral.

Ninguna otra provincia cuenta actualmente con una política oficial y publicada que aborde el enjuiciamiento de casos penales relacionados con el VIH.



## Recomendación parlamentaria para una política coherente en todo el país

En 2019, tras su estudio, el Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes señaló lo siguiente:

"El Comité reconoce la limitación de una directiva federal sobre la no revelación del VIH, ya que sólo se aplica a los procesamientos en los tres territorios. El Comité está de acuerdo con los testigos en que las directivas de la fiscalía que crean normas diferentes para el enjuiciamiento de la no revelación del VIH en las provincias dan lugar a aplicaciones incoherentes de la ley en Canadá. El Comité cree que esta situación debe rectificarse urgentemente para garantizar que todas las personas que han cometido actos similares en Canadá sean tratadas de la misma manera.

Dado que las revisiones del *Código Penal* que son necesarias para tratar de forma más adecuada la no revelación del VIH llevarán algún tiempo y que debe determinarse el elemento mental apropiado para el nuevo delito, el Comité recomienda, mientras tanto:

### Recomendación 2

Que el Ministro de Justicia y el Fiscal General de Canadá establezcan inmediatamente un grupo de trabajo federal-provincial para desarrollar una directiva fiscal común que entre en vigor en todo Canadá

- poner fin a los procesos penales por no revelar el VIH, excepto en los casos en los que haya una transmisión real del virus;
- garantizar que los factores que deben respetarse en los procesos penales por no revelación del VIH reflejen la ciencia médica más reciente en relación con el VIH y sus modos de transmisión, y que sólo se apliquen cuando haya una transmisión real teniendo en cuenta la posibilidad real de transmisión. En este momento, la no revelación del VIH nunca debería ser perseguida si (1) el individuo infectado tiene una **carga viral indetectable** (menos de 200 copias por mililitro de sangre); (2) se utilizan preservativos; (3) la pareja de la persona infectada toma **la PrEP**; o (4) el tipo de acto sexual (como el **sexo oral**) es uno en el que existe un riesgo insignificante de transmisión".



## Orientación internacional

En junio de 2021, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó sus *Orientaciones mundiales para fiscales sobre casos penales relacionados con el VIH*.<sup>50</sup> Este documento presenta 10 principios clave para ayudar a los fiscales a tratar los casos que implican una acusación de no revelación, exposición o transmisión del VIH. Cada principio y el comentario que lo acompaña se basan en la consideración de las mejores pruebas científicas disponibles, las normas internacionales de derechos humanos aplicables y las normas profesionales ampliamente acordadas que rigen la función del fiscal en el sistema de justicia penal. Las orientaciones se basan en un examen de la bibliografía pertinente y en consultas con personas que viven con el VIH, abogados, fiscales, jueces, académicos, defensores de los derechos humanos y representantes de organizaciones internacionales.

PNUD, *Guidance for HIV-related criminal prosecutions* (2021):

### Principios generales

1. Los juicios deben basarse en todas las etapas en las pruebas más fiables.
2. Los fiscales deben garantizar el respeto de los derechos del denunciante, del acusado y de los testigos en todas las fases del proceso.

### Decidir si se debe procesar y cómo hacerlo

3. Los fiscales deben perseguir las acciones judiciales sólo en circunstancias limitadas, ya que el VIH se aborda más eficazmente como un asunto de salud pública.
4. Los fiscales deben establecer una base probatoria suficiente para el enjuiciamiento.
5. Los fiscales deben considerar si el enjuiciamiento en un caso determinado es de interés público.

### Consideraciones previas al juicio y durante el mismo

6. En general, los fiscales deben consentir la libertad provisional, salvo circunstancias excepcionales.
7. Los fiscales deben evitar argumentos que puedan ser incendiarios, perjudiciales o que contribuyan a la desinformación pública sobre el VIH.
8. Los fiscales deben garantizar la correcta interpretación de la ciencia y sus limitaciones, si pretenden demostrar la transmisión real del VIH.

### Consideraciones sobre la sentencia

9. Los fiscales deben asegurarse de que no haya discriminación en las sentencias.
10. Los fiscales deben asegurarse de que las sentencias no sean desproporcionadas.

---

**"La Asociación Internacional de Fiscales acoge con satisfacción esta orientación para los fiscales. Destaca la grave responsabilidad de ejercer la discreción de los fiscales de manera coherente con los altos estándares de imparcialidad y objetividad que defiende la IAP. Ayudará a los fiscales a tratar los casos penales relacionados con el VIH de acuerdo con los mejores conocimientos científicos disponibles y con un compromiso con los derechos humanos de todas las partes implicadas."**

- Gary Balch, Consejero General, Asociación Internacional de Fiscales



## DECLARACIÓN DE CONSENSO

# Declaración de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal

Françoise Barre' -Sinoussi<sup>1</sup>, Salim S Abdool Karim<sup>2,3,4</sup>, Jan Albert<sup>5</sup>, Linda-Gail Bekker<sup>6</sup>, Chris Beyrer<sup>7</sup>, Pedro Cahn<sup>8,9,10</sup>, Alexandra Calmy<sup>11</sup> , Beatriz Grinsztejn<sup>12</sup>, Andrew Grulich<sup>13</sup>, Adeeba Kamarulzaman<sup>14</sup>, Nagalingeswaran Kumarasamy<sup>15</sup>, Mona R Loutfy<sup>16,17,18</sup>, Kamal M El Filali<sup>19</sup>, Souleymane Mboup<sup>20</sup>, Julio SG Montaner<sup>21,22</sup>, Paula Munderi<sup>23</sup>, Vadim Pokrovsky<sup>24,25</sup>, Anne-Mieke Vandamme<sup>26,27</sup>, Benjamin Young<sup>28</sup> y Peter Godfrey-Faussett<sup>29,30,5</sup>

<sup>5</sup>Autor correspondiente: Peter Godfrey-Faussett, ONUSIDA, Avenue Appia 20, 1211 Geneve, Suiza. Tel: + 41 22 791 4054. (godfrey@unaids.org)

### Resumen

**Introducción:** En todo el mundo, los juicios por no revelar, exponer o transmitir el VIH suelen estar relacionados con la actividad sexual. En los últimos años, los avances científicos han permitido una mejor comprensión de la transmisión del VIH y su tratamiento, y se han desarrollado pruebas científicas actualizadas que permiten determinar con mayor precisión la transmisión del VIH. Sin embargo, la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal sigue siendo limitada. Este documento de consenso de expertos aborda el uso de la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal. Se realizó un análisis detallado de los mejores datos de investigación científica y médica disponibles sobre la transmisión del VIH, la eficacia del tratamiento y las pruebas filogenéticas forenses, y se describieron para que puedan entenderse mejor en contextos de derecho penal. La descripción de la posibilidad de transmisión del VIH se limitó a los actos más frecuentes en los casos penales. La posibilidad de transmisión del VIH durante un acto único y específico se situó a lo largo de un continuo de riesgo, señalando que la posibilidad de transmisión del VIH varía según una serie de factores que se entrecruzan, como la carga viral, el uso del preservativo y otras prácticas de reducción del riesgo. Las pruebas actuales sugieren que la posibilidad de transmisión del VIH durante un único episodio de sexo, mordedura o escrutajo oscila entre una posibilidad nula y una posibilidad baja. Otras investigaciones consideraron el impacto positivo en la salud de las modernas terapias antirretrovirales que han mejorado la esperanza de vida de la mayoría de las personas que viven con el VIH hasta un punto similar al de sus homólogos seronegativos, transformando la infección por el VIH en una condición de salud crónica y manejable. Por último, el examen del uso de las pruebas científicas en los tribunales determinó que el análisis filogenético por sí solo no puede demostrar más allá de toda duda razonable que una persona infectó a otra, aunque puede utilizarse para exonerar a un acusado.

**Conclusiones:** La aplicación de pruebas científicas actualizadas en los casos penales tiene el potencial de limitar los enjuiciamientos y las condenas injustas. Los autores recomiendan que se actúe con cautela a la hora de considerar el enjuiciamiento, y animan a los gobiernos y a quienes trabajan en los sistemas legales y judiciales a prestar mucha atención a los importantes avances en la ciencia del VIH que se han producido en las últimas tres décadas para garantizar que los conocimientos científicos actuales informen la aplicación de la ley en los casos relacionados con el VIH.

Elaborado con el apoyo de la ONUSIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA. Este documento de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal es un producto de la colaboración entre la ONUSIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para el SIDA.

En este contexto, 20 científicos especializados en la investigación científica, la epidemiología y la atención a los pacientes procedentes de regiones de todo el mundo han elaborado esta Declaración de Consenso, motivados por la preocupación de que el derecho penal se aplique a veces de forma incoherente con las pruebas médicas y científicas actuales, lo que incluye exagerar tanto el riesgo de transmisión del VIH como el potencial de daño para la salud y el bienestar de las personas. Este conocimiento limitado de la ciencia actual del VIH refuerza el estigma y puede dar lugar a errores judiciales. También puede socavar los esfuerzos para hacer frente a la epidemia del VIH [4]. La Declaración de Consenso ha sido respaldada por otros científicos de todo el mundo (véase el material complementario S1), así como por la Sociedad Internacional del SIDA, la Asociación Internacional de Proveedores de Atención al SIDA y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. En el material complementario S2 se incluye un resumen ejecutivo de esta declaración.

Esta Declaración de Consenso pretende ayudar a los expertos científicos que estudian casos penales individuales en los que se ha alegado la no-discusión, la exposición (percibida o posible) o la transmisión del VIH. Proporciona una opinión experta sobre la dinámica de la transmisión individual del VIH (es decir, la "posibilidad" de transmisión), el impacto a largo plazo de la infección crónica por el VIH (es decir, el "daño" del VIH) y la aplicación del análisis filogenético como prueba. Describe la posibilidad de transmisión del VIH entre individuos que han realizado un acto específico en un momento concreto y en unas circunstancias específicas, ya que ese suele ser el objetivo de los casos penales, y pretende comunicar las pruebas científicas actuales relacionadas con el VIH de forma comprensible para un público no científico. La Declaración de Consenso se ha traducido al francés, al ruso y al español (véase el material complementario S3-S5).

## 2 | DISCUSIÓN

La primera parte de esta declaración se centra en la posibilidad de transmisión del VIH durante actos específicos que suelen considerarse en los juicios: actividad sexual, morder o escupir [3]. No hace referencia a otras formas de transmisión del VIH, por ejemplo, a través de una transfusión de sangre, un pinchazo de aguja, la inyección de drogas o la lactancia.

En una primera reunión celebrada en Seattle (febrero de 2017) se decidió la  
el contenido y el marco de esta Declaración de Consenso. Una  
detallada

La revisión bibliográfica se elaboró a partir de una búsqueda de literatura publicada en inglés utilizando la base de datos en línea PubMed hasta abril de 2017. Se utilizaron términos de búsqueda específicos relacionados con la posibilidad de transmisión del VIH, como "VIH y carga viral", "riesgo de transmisión sexual del VIH por acto", "transmisión del VIH por sexo oral", "transmisión del VIH por sexo anal", "condón por acto de transmisión del VIH por sexo vaginal", "condón por acto de transmisión del VIH por sexo anal" y "circuncisión por acto de transmisión del VIH por sexo anal". Se utilizaron artículos clave para buscar artículos relacionados. Se dio

y estudios comparativos (es decir, estudios de cohortes, estudios de casos y controles históricos). Se celebraron dos teleconferencias para debatir un borrador preliminar, seguidas de tres rondas de reelaboración por correspondencia electrónica por parte de todos los autores. Se consultó a expertos jurídicos nacionales e internacionales, incluidos miembros del personal de ONUSIDA, sobre la aplicación del derecho penal en casos relacionados con el VIH. Se convocó una segunda reunión presencial en París (julio de 2017) para resolver los problemas de análisis de datos pendientes. Los autores realizaron nuevas rondas de comentarios y redacciones para garantizar el acuerdo de que la Declaración de Consenso transmita con precisión la investigación científica actual relacionada con la transmisión del VIH, los daños y el uso de pruebas científicas en los tribunales.

Los autores tuvieron en cuenta los resultados numéricos y las estimaciones estadísticas de todos los estudios citados en este documento, incluidos los resúmenes de datos de los informes presentados en forma sistemática o de tabla (por ejemplo, los trabajos de Patel *et al.* [5]). Las pruebas que establecen estimaciones de la posibilidad de transmisión del VIH a través de diferentes actos varían tanto en tipo como en calidad; los autores tuvieron en cuenta estas consideraciones en su evaluación de la posibilidad asociada a los diferentes actos. Los autores consideraron que las pruebas relativas a la transmisión a través de diferentes actos se dividen en tres categorías (Tabla 1).

Al describir las pruebas, los autores se propusieron utilizar conceptos científicos de manera que resultaran útiles en el contexto del derecho penal. Por ejemplo, el concepto estadístico de intervalos de confianza está diseñado para abordar la incertidumbre inherente a los resultados derivados del muestreo de un subconjunto de una población. Cuando se trata de probabilidades que son o se aproximan a cero, los intervalos de confianza adquieren un significado especial porque el hecho de que no se haya observado que algo ocurra durante un estudio no puede demostrar que nunca pueda ocurrir. Cuanto más amplio sea el estudio, con mayor precisión podrán los autores estimar que la probabilidad es cero. En consecuencia, una probabilidad cero calculada a partir de los datos del estudio se asocia a un intervalo de confianza que va de cero a una probabilidad pequeña y positiva. Es importante que los cálculos de los intervalos de confianza no se malinterpreten para exagerar las posibilidades teóricas remotas.

Tabla 1. Escala de calidad de las pruebas relativas a la posibilidad de transmisión del VIH

Actos específicos	Ejemplos
preferencia a los meta-análisis, las revisiones y los estudios importantes. Los autores expertos identificaron otras fuentes. Se utilizaron resúmenes de congresos científicos, según el caso.	revisión, teniendo en cuenta los mejores datos de investigación científica y médica disponibles, de acuerdo con la siguiente jerarquía: sistema
A continuación, los autores llevaron a cabo múltiples rondas de redacción y	

Actos cuya posibilidad de transmisión puede estimarse con cierto grado de certeza porque se han realizado múltiples estudios de cohorte.

Actos cuya posibilidad de transmisión puede estimarse con menos certeza a partir de informes de casos aislados, de la plausibilidad biológica o de modelos matemáticos.

Actos para los que es biológicamente inverosímil que se produzca la transmisión, ya que las condiciones requeridas para la transmisión no están presentes.

Actos como el sexo vaginal o anal.

Actos como el sexo oral o la transmisión a través del líquido preseminal.

Actos como escupir.

de los ensayos clínicos aleatorios; los ensayos clínicos aleatorios \_\_\_\_\_

---

Cuadro 2. Definición de la posibilidad de transmisión del VIH durante un acto único y específico

Terminología para esta declaración	
Posibilidad de transmisión por acto	
Baja posibilidad	La transmisión durante un solo acto es posible pero la probabilidad es baja.
Posibilidad insignificante extremadamente	La transmisión durante un solo acto es improbable, rara o remota.
Ninguna posibilidad	La posibilidad de transmisión durante un acto es biológicamente inverosímil o efectivamente nulo.

La consideración de la metodología y los resultados de los estudios citados en esta Declaración de Consenso sirvió para desarrollar tres descriptores situados a lo largo de un continuo para describir la posibilidad de transmisión del VIH durante un acto único y específico (Tabla 2).

Es importante destacar que esta Declaración de Consenso no pretende ser un documento de salud pública que sirva de base para los mensajes o programas de prevención, tratamiento y atención del VIH. Su enfoque, basado en el riesgo a nivel individual que puede aplicarse en entornos de justicia penal, difiere de las descripciones de los riesgos a nivel de población que se utilizan en el contexto de la salud pública, que suelen describir los actos sexuales como de "bajo riesgo" a "alto riesgo". Las diferencias entre los descriptores de salud pública y los utilizados en esta Declaración de Consenso reflejan tanto la historia como el contexto. En primer lugar, las definiciones de salud pública utilizadas para describir el riesgo de transmisión del VIH se desarrollaron durante los primeros días de la epidemia del VIH, antes de la aparición de pruebas recientes sobre la transmisión del VIH. En segundo lugar, describen el riesgo relativo (no el riesgo absoluto) como medio para ayudar a las personas a reducir la posibilidad de transmisión del VIH comparando diferentes actos.

Aunque la simplicidad de esta terminología de salud pública estaba pensada originalmente para apoyar campañas eficaces y amplias de educación sanitaria pública para la prevención del VIH, sus categorías generalizadas plantean ahora verdaderos problemas para quienes desarrollan mensajes actuales de promoción de la salud en relación con el VIH basados en pruebas científicas actualizadas [6], incluidas las pruebas de las diferentes variantes que modifican el riesgo asociado a actos específicos, como la carga vírica. En algunos casos, la comprensión del riesgo de determinados actos sexuales comunicada por las caracterizaciones de salud pública también se ha aplicado erróneamente en el contexto de los procesos penales, por ejemplo, el caso canadiense de Mabior [7,8]. En consecuencia, aunque la transmisión sexual es una forma común de transmisión del VIH a nivel de la población mundial, esta Declaración de Consenso reconoce que la posibilidad de transmisión del VIH durante una sola relación sexual oscila entre una posibilidad nula y una posibilidad baja, mientras que oscila entre una posibilidad nula y una posibilidad insignificante en los casos de escupir o morder. Este enfoque de la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal es similar al utilizado en los estados de consenso científico nacionales de Australia [9],

rutas bien descritas. No se transmite por vía aérea, por gotitas, por fómites, por contacto o por vectores y no puede penetrar en la piel humana intacta [13]. Canadá [10], Suecia [11] y Suiza [12].

## 2.1 | Posibilidad de transmisión: visión general

El VIH no se transmite fácilmente de una persona a otra. Es un virus relativamente frágil que se transmite a través de

Para que se produzca la transmisión del VIH, deben darse ciertas condiciones básicas:

- o Debe haber una cantidad suficiente del virus en determinados fluidos corporales (es decir, sangre, semen, líquido preseminal, fluidos rectales, fluidos vaginales o leche materna).
- o Una cantidad suficiente de al menos uno de esos fluidos corporales debe entrar en contacto directo con los lugares del cuerpo de una persona seronegativa en los que puede iniciarse la infección. Suelen ser membranas mucosas, tejidos dañados o úlceras inflamadas, pero no la piel intacta.
- o El virus debe superar las defensas inmunitarias innatas de la persona para que la infección pueda establecerse y propagarse.

La mayoría de las actividades cotidianas no conllevan ningún riesgo de transmisión del VIH porque no se cumplen estas condiciones. Dejando a un lado la transmisión parental o vertical, el contacto íntimo, como las relaciones sexuales, suele ser necesario para la transmisión. Incluso en esos casos, la probabilidad de transmisión por acto es de cero a baja (con estimaciones que van del 0% al 1,4% por acto) [5].

## 2.2 | Factores que influyen en la posibilidad de transmisión del VIH

La posibilidad de transmisión del VIH asociada a los actos individuales varía en función de una serie de factores que se cruzan. Cuando se dan múltiples factores de intersección, su efecto se minifica o amplifica en diversos grados [14].

- El uso correcto del preservativo evita la transmisión del VIH

El uso correcto del preservativo (ya sea masculino o

femenino) previene la transmisión del VIH, ya que la porosidad de los preservativos protege incluso a los más pequeños agentes patógenos de transmisión sexual, incluido el VIH [15]; los preservativos de látex y poliuretano actúan como una barrera física impermeable a través de la cual el VIH no puede pasar. El uso correcto del preservativo significa que la integridad del preservativo no se ve comprometida y que el preservativo se lleva durante todo el acto sexual en cuestión. El uso correcto del preservativo durante el acto sexual significa que la transmisión del VIH no es posible.

Los estudios a nivel de población han descubierto que el uso sistemático de preservativos para el sexo anal o vaginal reduce drásticamente la posibilidad de transmisión del VIH, incluso teniendo en cuenta los casos de uso incorrecto o de rotura [16-21]. Por ejemplo, un meta-análisis de 14 estudios descubrió que el uso constante de preservativos masculinos durante el sexo vaginal durante largos periodos de tiempo reduce la posibilidad de transmisión del VIH en al menos un 80% [22]. Sin embargo, investigaciones más recientes sugieren que esto puede ser una subestimación [23], ya que el meta-análisis descrito incluye métodos de análisis de datos no estándar que pueden haber llevado a sesgos de reclutamiento y de otro tipo que podrían haber disminuido el nivel de prevención observado [22,23].

La investigación a nivel de población sólo es pertinente en los casos en que se han producido múltiples actos sexuales y no se sabe si los preservativos se utilizaron correctamente en cada caso. La estimación a nivel de población del 80% de efectividad del preservativo no existe como una estimación independiente del riesgo de transmisión del VIH, sino que debe aplicarse frente al riesgo asociado a los diferentes actos sexuales. Por ejemplo, si el riesgo estimado de transmisión del VIH de un hombre seropositivo a una mujer durante un único episodio de

El riesgo de transmisión cuando se utiliza un preservativo es al menos un 80% menor, es decir, un 0,016% (menos de 2 de cada 10.000) [5]. Es importante destacar que cuando existen otros factores de reducción del riesgo (por ejemplo, una carga viral baja o la abstinencia antes de la eyaculación) la posibilidad de transmisión del VIH, incluso en caso de uso incorrecto del preservativo, se reduce aún más.

Para reiterar, el VIH no puede transmitirse en los casos individuales en los que el preservativo se ha utilizado correctamente (es decir, se ha llevado durante el acto sexual en cuestión y su integridad no se ha visto comprometida). Las estimaciones a nivel de población sólo pueden aplicarse en situaciones en las que se han producido múltiples casos de uso del preservativo, incluidos los casos ocasionales de uso incorrecto y rotura.

- Una carga viral baja o "indetectable" disminuye significativamente o elimina la posibilidad de transmisión del VIH

Poco después de contraer el VIH, la carga viral de una persona es muy alta, pero suele disminuir durante las primeras semanas a medida que su sistema inmunitario responde. Si la persona no inicia el tratamiento, su carga viral se mantiene bastante estable durante algún tiempo, mientras el sistema inmunitario se va agotando. En la infección avanzada por el VIH, la carga vírica suele volver a aumentar a niveles más altos.

La terapia antirretroviral impide la replicación del VIH, reduciendo así significativamente la carga viral en los fluidos corporales de la persona. Cuando se inicia una terapia antirretroviral eficaz, la carga viral suele descender a niveles indetectables mediante los análisis de sangre habituales en los laboratorios en unas pocas semanas o meses. La disponibilidad de las pruebas y los límites inferiores de detección varían en diferentes partes del mundo, con límites inferiores de detección que van desde unas 20 copias virales/mL hasta 400 copias/mL. Un pequeño porcentaje de personas que viven con el VIH (a menudo denominados no progresores a largo plazo) tienen una carga viral baja sin tomar terapia antirretroviral porque su sistema inmunitario es capaz de controlar el VIH [24-28].

La reducción de la carga viral mejora la función inmunitaria y disminuye drásticamente la probabilidad de enfermedad y muerte a largo plazo. También reduce en gran medida la posibilidad de transmisión del VIH [29-31]. La disminución de la carga viral se asocia a una disminución concomitante de la probabilidad de transmisión del VIH [32-35], lo que significa que muchas personas en tratamiento no pueden transmitir el VIH.

Los análisis recientes de estudios clave (a saber, HPTN052, PART-NER y Opposites Attract) en los que participaron parejas heterosexuales y masculinas de diferente estado serológico no han identificado ningún caso de transmisión sexual a partir de una persona con una carga vírica no estable [29,30,36,37]. Estos hallazgos han formado los mensajes de salud pública. Por ejemplo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos describen ahora la posibilidad estimada de transmisión del VIH a partir de una persona seropositiva con una carga viral indetectable (como resultado de un tratamiento antirretroviral eficaz) como "efectivamente sin riesgo" [6].

En 2011, el ensayo HPTN052 (llevado a cabo en

Botsuana, Brasil, India, Kenia, Malawi, Sudáfrica, Tailandia, Estados Unidos y Zimbabue), que investigó el impacto del inicio temprano del tratamiento, no observó ninguna transmisión del VIH en 1763 personas en tratamiento antirretroviral que tenían una carga viral estable por debajo de 400 copias/mL. Las parejas de los participantes seropositivos fueron seguidas durante el equivalente a 8509 años-persona. La única transmisión de personas en tratamiento se produjo a principios

en tratamiento (antes de que la carga viral se estabilizara por debajo de 400 copias) o cuando la carga viral fuera superior a 1000 copias/mL en dos visitas consecutivas [29,37].

En los estudios PARTNER y Opposites Attract no se encontró ninguna transmisión del VIH en personas con una carga viral inferior a 200 copias/mL tras más de 75.000 actos de sexo vaginal o anal sin preservativo [18,30,38]. En el estudio PARTNER, las parejas heterosexuales declararon aproximadamente 36.000 actos sexuales sin preservativo y las parejas masculinas homosexuales declararon unos 22.000 actos sexuales sin preservativo [30]. No se produjo ninguna transmisión del VIH entre parejas en el estudio. Se produjeron once casos de nuevas infecciones por el VIH; sin embargo, el análisis filogenético reveló que en todos los casos la infección se produjo por el contacto sexual con alguien que no era la pareja sexual habitual de la persona. El estudio Opposites Attract incluyó casi 17.000 actos sexuales sin preservativo entre hombres. No se informó de ninguna transmisión del VIH entre los participantes en el estudio, mientras que tres casos de nuevas infecciones por el VIH se produjeron por contacto sexual con alguien que no era la pareja sexual habitual de la persona [18].

Una revisión sistemática y un metaanálisis de 2013 tampoco encontraron transmisión cuando la carga viral era inferior a un umbral de entre 50 y 500 copias/mL (dependiendo del estudio) [39]. Otro estudio informó de que no había transmisión cuando la carga viral era inferior a 400 copias/mL [40]. Otros estudios han aportado pruebas de que una carga viral baja (pero detectable) disminuye drásticamente (y puede eliminar) la posibilidad de transmisión. Por ejemplo, los primeros estudios con participantes que no tomaban terapia antirretroviral no identificaron ningún caso de transmisión entre las parejas en las que uno de los miembros vivía con el VIH y tenía una carga viral baja

pero detectable: por debajo de 1500 copias/mL (Uganda) [32], por debajo de 1094 copias/mL (Tailandia) [33] y por debajo de 1000 copias/mL (Zambia) [34]. En el estudio de Uganda se observó que la probabilidad de transmisión a través del coito vaginal cuando la carga viral era inferior a 1.700 copias/mL era de 1 en 10.000 [41].

Aunque los aumentos de corta duración y pequeña magnitud de la carga viral, conocidos como "blips", se producen entre muchas personas que siguen su terapia antirretroviral [42,43], no son una indicación de que la terapia del VIH esté "fallando"; no se consideran clínicamente significativos y no se ha demostrado que aumenten la posibilidad de que el VIH se transmite durante las relaciones sexuales [44,45]. Los estudios a gran escala entre parejas de diferente estado serológico han incluido a muchos participantes seropositivos que experimentaron baches en su carga viral durante el transcurso del estudio. Por lo tanto, estos cambios se han tenido en cuenta en la reducción observada de las transmisiones.

- La profilaxis previa a la exposición (PrEP) disminuye significativamente la posibilidad de adquirir el VIH

La PPrE describe el uso de medicación antirretroviral por parte de personas VIH negativas antes de la exposición al VIH para prevenir la adquisición del mismo [46-50]. Un estudio reciente ha descubierto que la PrEP tiene una eficacia de hasta el 95% entre los usuarios adherentes [50]; sin embargo, solo se han descrito unos pocos casos de fracasos de la PrEP en personas adherentes, lo que sugiere que es probable que la PrEP tenga una eficacia superior al 95%.

- La profilaxis posterior a la exposición (PEP) disminuye significativamente la posibilidad de adquirir el VIH

La PEP describe el uso a corto plazo del tratamiento antirretroviral por parte de una persona seronegativa después de una exposición al VIH. Si

Si se inicia dentro de las 72 horas siguientes a la exposición y se toma durante 28 días con un buen cumplimiento, la PPE reduce significativamente la probabilidad de que la persona se convierta en seropositiva, ya que puede impedir que el VIH se establezca en las células inmunitarias de la persona incluso después de que el virus haya entrado en su organismo [51,52]. Aunque la PPE no es eficaz al 100%, se han notificado altas tasas de éxito [51,53-67] (por ejemplo, el 81% entre los pacientes que utilizan tratamientos antiguos [67] y hasta el 100% entre los pacientes que utilizan tratamientos más recientes [68]). La eficacia de la PPE parece estar influida por una serie de factores, y la eficacia suele aumentar cuanto antes se inicie la PPE y a medida que disminuye la cantidad de VIH que entra en el cuerpo de la persona [68].

- La circuncisión masculina médica disminuye la posibilidad de transmisión del VIH de la mujer al hombre

La circuncisión médica masculina reduce la posibilidad de transmisión del VIH de mujeres seropositivas a hombres seronegativos en aproximadamente un 50% [69]. La circuncisión también puede disminuir la transmisión sexual del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el caso de los hombres VIH-negativos que son exclusivamente la pareja insertiva, aunque los estudios no son concluyentes [70].

- Las prácticas de reducción del riesgo, como la retirada o la posición estratégica, disminuyen la posibilidad de transmisión del VIH

Algunas personas que viven con el VIH utilizan prácticas de reducción del riesgo, como la retirada antes de la eyaculación o la posición estratégica (es decir, el coito anal sólo receptivo) cuando mantienen relaciones sexuales sin contacto con una persona VIH-negativa o de estado serológico desconocido [71-73]. Estas acciones disminuyen la posibilidad de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales cuando existe esa posibilidad [71]. Por ejemplo, un estudio de 2010 descubrió que la probabilidad de transmisión durante el sexo anal se reducía en aproximadamente dos tercios cuando la pareja insertiva seropositiva no eyaculaba [73]. También se sabe que la posibilidad de transmisión es menor cuando la pareja seropositiva es la receptiva, en lugar de la insertiva, durante el sexo anal [73-75].

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden aumentar la posibilidad de transmisión del VIH en algunas circunstancias

La presencia de algunas ITS no tratadas, en particular las ulcerosas, en cualquiera de los dos miembros de la pareja se ha asociado con una mayor probabilidad de transmisión del VIH durante la actividad sexual cuando la persona que vive con el VIH no tiene una carga viral baja [76]. Cuando las úlceras genitales están presentes en ambos miembros de la pareja, el riesgo aumenta aún más [14]. Sin embargo, la presencia de una ITS no aumenta la posibilidad de transmisión si la persona seropositiva está siguiendo una terapia antirretroviral eficaz [30], o si la persona seronegativa está tomando la PrEP [48,49].

La transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales suele producirse como resultado del contacto de fluidos corporales que contienen suficiente VIH con las membranas mucosas situadas en: el prepucio o la uretra del pene; el cuello uterino o la vagina; el ano; o el recto. La transmisión del VIH también es posible a través del contacto con las membranas mucosas orales, pero éstas son mucho menos vulnerables a la transmisión del VIH [58].

### 2.3.1 | Sexo oral, incluyendo sexo oral-penil y sexo oral-vaginal

La posibilidad de transmisión del VIH por el sexo oral practicado a una persona seropositiva, incluso cuando la persona no tiene una carga viral baja y/o no se utiliza el preservativo, varía de nula a insignificante dependiendo del contexto [77,78].

El sexo oral se promueve como una opción de sexo más seguro para las parejas de diferente estado serológico que desean mantener relaciones sexuales íntimas, y su práctica es, según los informes, muy común.

Se sabe que el sexo oral implica una posibilidad de transmisión del VIH mucho menor que el coito vaginal o anal [79,80]. De hecho, el riesgo de transmisión del VIH como resultado del sexo oral es tan bajo que los científicos no han podido establecer una estimación estadísticamente sólida.

Los pocos estudios clínicos que investigan la transmisión a través del sexo oral no han encontrado ningún caso de transmisión del VIH [74,81,82]. Un estudio de parejas heterosexuales y otro de parejas lesbianas no encontraron ninguna transmisión derivada del sexo oral [81,82]. Un tercer estudio en el que participaron hombres que tienen relaciones sexuales con hombres no mostró ninguna seroconversión entre los participantes que declararon haber realizado sólo una felación (con eyaculación) a hombres seropositivos o de estado serológico desconocido [74]. Un modelo estadístico aplicado a estos resultados concluyó que el riesgo per-contacto del sexo oral era de entre cero y 0,04% (4 en 10.000) [78] y estos valores se utilizan en algunos informes [79,80,83]. Dado que el estudio no

encontró seroconversiones, el límite superior del 0,04% puede entenderse como un límite superior de posibilidad.

No hay posibilidad de transmisión del VIH por el sexo oral practicado a una persona seropositiva cuando la pareja seropositiva tiene una carga viral baja, o se utiliza adecuadamente el preservativo, o la pareja seronegativa toma la PrEP [78].

Aunque no hay estudios que investiguen el impacto de la terapia antirretroviral o de la PrEP en la posibilidad de transmisión durante el sexo oral, nuestra opinión experta es que no existe ninguna posibilidad de transmisión del VIH asociada al sexo oral practicado a una persona seropositiva en terapia antirretroviral, o realizado por una persona que toma la PrEP. Del mismo modo, el uso correcto del condón reduce la probabilidad de transmisión del VIH a cero.

### 2.3.2 | Relaciones vaginales-peniles

La posibilidad de transmisión del VIH por el coito vaginal-penil cuando la pareja seropositiva no tiene una carga viral baja y no se utiliza un preservativo es baja [84]. La probabilidad de transmisión disminuye aún más si no se produce la eyaculación dentro del cuerpo de la pareja VIH-negativa.

Dos meta-análisis de parejas heterosexuales [14,84] encontraron que la probabilidad de transmisión del VIH durante un acto sexual vaginal es baja: 0,08% (8 en 10.000) en ausencia de cofactores de riesgo [5,14,41,84]. No está claro si la probabilidad de transmitir el VIH de un hombre a una mujer durante el coito vaginal es mayor que la transmisión de una mujer a un hombre. Algunos estudios no han encontrado ninguna diferencia, mientras que otros sugieren

la posibilidad de transmisión del VIH de un hombre a una mujer es aproximadamente el doble que la transmisión de una mujer a un hombre [14,35,83,84].

La posibilidad de transmisión del VIH por relaciones sexuales vaginales-peniles cuando la pareja seropositiva tiene una carga viral baja o utiliza un preservativo o la pareja seronegativa está tomando la PrEP varía de nula a insignificante dependiendo del contexto [29,38].

Numerosos estudios, como se ha comentado anteriormente, han demostrado que la posibilidad de transmisión del VIH desde una pareja seropositiva con una carga viral baja durante el coito vaginal-penil es nula o insignificante [29,37-39,85]. No se ha notificado ningún caso de transmisión por vía vaginal-penil desde una persona con una carga viral indetectable en ningún ensayo clínico.

El VIH no puede transmitirse cuando el preservativo se utiliza correctamente porque el VIH no puede atravesar el látex o el poliuretano intactos. Del mismo modo, no hay posibilidad de transmisión del VIH cuando una persona tiene una carga viral indetectable.

### 2.3.3 | *Coito anal-penil*

La posibilidad de transmisión del VIH cuando no se utiliza un preservativo y la pareja seropositiva no tiene una carga viral baja es baja, tanto si la pareja receptiva es hombre como mujer [86]. La probabilidad es menor cuando la pareja seropositiva adopta el papel receptivo, en lugar del insertivo. También es menor si la pareja insertiva seropositiva no eyacula dentro de la pareja receptiva.

Los estudios demuestran que el sexo anal receptivo sin preservativo por parte de parejas heterosexuales o del mismo sexo se asocia con una mayor probabilidad de transmisión del VIH que el sexo vaginal receptivo sin preservativo [5,87,88]. Los estudios individuales han producido estimaciones de la probabilidad de transmisión del VIH por acto para el sexo anal que van desde el 0,01% (1 de cada 10.000) hasta más del 3% (300 de cada 10.000) [20,75,84,88-91]. La probabilidad de transmisión de la pareja insertiva a la receptiva es mayor que la inversa [18,75,84].

Dos revisiones sistemáticas (2010 y 2014) informan de una estimación por acto de aproximadamente el 1,4% (140 de cada 10.000) para el sexo anal receptivo (es decir, cuando la persona seropositiva es la parte insertiva) [5,86]. Un estudio de cohorte prospectivo de 2010 descubrió que la probabilidad descendía del 1,43% (143 por 10.000) con eyaculación al 0,54% (54 por 10.000) sin eyaculación [89]. La probabilidad de transmisión por acto se estimó en un 0,11% (11 por cada 10.000) cuando la persona seronegativa es la pareja insertiva [5].

La posibilidad de transmisión del VIH a través del coito anal-penil cuando la pareja seropositiva tiene una carga viral baja, o utiliza un preservativo, o la pareja seronegativa está tomando la PrEP varía de nula a insignificante dependiendo del contexto. La probabilidad es similar si la pareja receptiva es hombre o mujer [85,86].

La posibilidad de transmisión del VIH por parte de una pareja seropositiva con una carga viral baja durante el sexo anal es insignificante.

relaciones sexuales con el pene. Como se ha comentado anteriormente, tanto el estudio PARTNER como el estudio Opposites Attract no observaron ninguna transmisión tras aproximadamente 39.000 actos de sexo anal sin preservativo cuando la carga viral era inferior a 200 copias/mL [30,92]. De hecho, no se ha registrado ningún caso de transmisión de una persona con una carga viral indetectable en ningún ensayo clínico.

El VIH no puede transmitirse cuando el preservativo se utiliza correctamente porque el VIH no puede atravesar el látex o el poliuretano intactos. Del mismo modo, no hay posibilidad de transmisión del VIH cuando una persona tiene una carga viral indetectable.

## 2.4 | La posibilidad de transmisión del VIH por contacto casual, escupir y morder

### 2.4.1 | *Contacto casual*

El VIH no puede transmitirse por contacto con una superficie ambiental como una silla, un banco o un retrete; por la comida o la bebida; o por el contacto humano casual como abrazarse, compartir objetos domésticos o comer juntos.

El VIH no puede sobrevivir mucho tiempo en el aire y es incapaz de penetrar en la piel intacta. Nunca se ha identificado ningún caso de infección por el VIH por contacto con una superficie ambiental, comida o bebida o por contacto humano casual, a pesar de que muchos estudios científicos consideran esta posibilidad [93-98].

### 2.4.2 | *Morder y escupir*

No existe ninguna posibilidad de transmisión del VIH a través del contacto con la saliva de una persona seropositiva, ni siquiera a través de besos, mordiscos o escupitajos.

Numerosos estudios han considerado la posibilidad de transmisión del VIH a través de la saliva, pero ninguno ha encontrado pruebas, incluido un estudio de 1997 sobre 34.000 casos en el Reino Unido [99]. La ausencia de transmisión del VIH a través de la saliva se atribuye a dos factores: la saliva contiene una cantidad muy pequeña de VIH [100], y varios componentes inhibidores en las secreciones orales hacen que la saliva actúe protegiendo a las células susceptibles de la infección por el VIH [101-106].

No existe ninguna posibilidad de transmisión del VIH por morder o escupir cuando la saliva de la persona seropositiva no contiene sangre o contiene una pequeña cantidad.

Las pruebas actuales sugieren que el VIH no puede transmitirse ni siquiera cuando la saliva contiene pequeñas cantidades de sangre. A pesar de que las primeras investigaciones sugieren un riesgo teórico de transmisión si la saliva que contiene sangre entra en el cuerpo de una persona a través del contacto con el tejido de la mucosa (por ejemplo, cayendo en un ojo o en la boca), no se ha informado de ningún caso de transmisión del VIH resultante de escupir sangre [107]. Por lo tanto, nuestra opinión experta es que no hay posibilidad de transmisión del VIH por la saliva que contiene pequeñas cantidades de sangre.

La posibilidad de transmisión del VIH por mordedura cuando la saliva de la persona seropositiva contiene una cantidad significativa de sangre, y su sangre entra en contacto con una membrana

mucosa o una herida abierta, y su carga viral no es baja o indetectable varía de nula a insignificante.

Muchos estudios han detallado un gran número de casos en los que las mordeduras no han dado lugar a la transmisión del VIH [108-112] o han encontrado que la transmisión es poco probable [107,109,113,114].

Para que la transmisión sea plausible en caso de mordedura, la persona seropositiva debe tener sangre en la boca en el momento de la mordedura, debe haber una cantidad suficiente de VIH en la sangre de la persona seropositiva y la mordedura debe ser lo suficientemente profunda como para penetrar en la piel de la persona seropositiva causando un traumatismo y daños en los tejidos [106,107,115]. Incluso cuando se dan todas estas condiciones, la posibilidad de transmisión durante una sola mordedura es, como mucho, insignificante.

## 2.5 | Mejoras significativas en la esperanza y calidad de vida de las personas que viven con el VIH

La segunda sección de esta Declaración de Consenso considera los daños del VIH porque las ideas erróneas persistentes que exageran los daños de la infección por el VIH parecen influir en la aplicación del derecho penal [3]. El derecho penal tiene en cuenta los posibles daños causados por un posible delito, así como la probabilidad del delito en sí, por lo que, por ejemplo, las definiciones de daños corporales son distintas de los daños corporales graves, que son distintos del homicidio o el asesinato. En consecuencia, es importante destacar los enormes cambios en la perspectiva de las personas que viven con el VIH que se han producido en las últimas décadas.

La evolución natural de la infección por VIH no tratada varía mucho de una persona a otra [116]. Si no se trata, la mayoría de las personas experimentan una fase asintomática que dura de dos a 15 años, durante la cual el virus se replica, minando gradualmente su sistema inmunitario. Un pequeño porcentaje de personas con VIH tienen sistemas inmunitarios que bloquean la replicación del virus durante un periodo indefinido [117], pero la gran mayoría de las personas acaban desarrollando el SIDA si no reciben tratamiento (aproximadamente la mitad en 10 años [118]). El SIDA se define como la presencia de marcadores de laboratorio específicos y/o infecciones oportunistas y enfermedades específicas que, si no se inicia la terapia antirretroviral, acaban provocando la muerte de la persona.

Las terapias antirretrovirales reducen drásticamente la progresión de la enfermedad asociada al VIH. En todo el mundo, se han revisado las directrices de tratamiento para recomendar el inicio del tratamiento antirretroviral inmediatamente después del diagnóstico de la infección por el VIH, ya que la mayoría de las personas en tratamiento lograrán una carga viral indetectable y mantendrán un sistema inmunitario sano, permanecerán en buen estado de salud y evitarán las complicaciones de la infección por el VIH a largo plazo [119,120]. Incluso aquellos que inician el tratamiento con una carga viral elevada y se adhieren a la terapia pueden esperar una reducción drástica de la carga viral, hasta un punto en el que se produce una recuperación significativa del sistema inmunitario, de modo que pueden disfrutar de una buena salud a largo plazo [121]. Para muchos, un tratamiento eficaz requiere tomar una única píldora cada día.

Los estudios realizados en muchos países han demostrado sistemáticamente que las terapias

antirretrovirales han aumentado radicalmente la esperanza de vida, que ésta ha seguido mejorando con el paso del tiempo y que la salud y la calidad de vida a largo plazo de las personas que viven con el VIH han mejorado drásticamente [122-141]. La esperanza de vida de los jóvenes con VIH que inician la terapia antirretroviral se aproxima ahora a la de un joven de la población general [45,132,134,135,137]. Además, el uso de terapias antirretrovirales ha cambiado la causa de muerte de las personas que viven con el VIH, que ha pasado de ser la causa tradicional de muerte por sida.

definir las enfermedades a causas no relacionadas con el VIH [142,143] similares a las que afectan a la población general [144]. Del mismo modo, la gestión clínica ha cambiado para incluir la gestión y el tratamiento de los problemas de salud asociados al envejecimiento, como la menopausia y las enfermedades cardiovasculares [143-150], y las intervenciones para influir en las "elecciones de estilo de vida", como el tabaquismo [151]. En algunas subpoblaciones, la atención clínica continua tiene el potencial de aumentar la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH por encima de la de sus homólogos seronegativos [135].

Aunque el VIH provoca una infección que requiere un tratamiento continuo con terapia antirretrovírica, las personas que viven con el VIH pueden llevar una vida larga y productiva que incluye trabajar, estudiar, viajar, tener relaciones, tener y criar hijos y contribuir a la sociedad de otras formas.

## 2.6 | Establecer la prueba de la transmisión del VIH

La sección final de esta Declaración de Consenso reconoce la importancia del uso correcto de las pruebas científicas y médicas en los juicios relacionados con el VIH cuando se trata de probar la transmisión real de una persona a otra.

Las orientaciones internacionales sobre el VIH en el contexto del derecho penal recomiendan que "la prueba de la causalidad, en relación con la transmisión del VIH, debe basarse siempre en pruebas derivadas de una serie de fuentes pertinentes, incluidos los historiales médicos, los métodos científicos rigurosos y los antecedentes sexuales" [1].

Los historiales médicos pueden proporcionar información contextual, pero no pueden establecer la transmisión entre un denunciante y un acusado.

Las circunstancias de la naturaleza y el momento de una relación sexual u otras fuentes potenciales de infección por el VIH de una persona deben ser fundamentales en cualquier caso en el que se alegue la transmisión sexual del VIH. Cuando están disponibles y se obtienen legalmente, los historiales médicos son valiosos para identificar la última prueba VIH-negativa y la primera prueba VIH-positiva del denunciante y del acusado. Teniendo en cuenta el periodo de diagnóstico de cada prueba, esta información puede utilizarse para establecer el periodo durante el cual el demandante adquirió el VIH y si el acusado era seropositivo durante ese tiempo. Es importante señalar que la determinación de si el denunciante o el acusado se infectaron primero no puede basarse en quién dio positivo en la prueba del VIH primero o qué persona presentó cargos contra la otra.

La información relacionada con la carga viral del VIH y los recuentos de CD4 incluidos en los historiales médicos se ha presentado a veces como prueba para establecer el momento de la infección por el VIH. Sin embargo, las cargas virales y los recuentos de CD4 muestran una considerable variación inter e intraindividual y, por lo tanto, no pueden utilizarse para determinar con exactitud cuándo alguien adquirió el VIH [152].

El análisis filogenético puede utilizarse como herramienta forense. Los resultados pueden ser compatibles con la afirmación de que un acusado ha infectado a un demandante, pero no pueden demostrarlo de forma concluyente. Es importante destacar que los resultados filogenéticos pueden exonerar a un acusado cuando los resultados no son compatibles con la alegación de que el acusado infectó al denunciante.

El análisis filogenético compara la relación evolutiva entre el VIH de diferentes personas, pero los resultados deben interpretarse con cautela junto con otras pruebas fácticas y médicas cuando se utilizan en casos penales [153]. La complejidad de

El análisis filogenético surge, en parte, del hecho de que el VIH es un virus que evoluciona rápidamente. Las mutaciones del virus se producen repetidamente, de modo que cada persona que vive con el VIH tiene más de una variante del virus [154]. Durante la transmisión, se transmite un número limitado de variantes del virus (de una a unas pocas), pero éstas también mutarán para formar nuevas variantes, de modo que el VIH de dos personas no es idéntico [155].

El análisis filogenético del VIH consiste en estimar las relaciones evolutivas de las variantes del VIH, por ejemplo, para investigar las redes de transmisión del VIH con fines de salud pública. En los casos penales, el análisis filogenético implica investigar si el denunciante o los denunciados forman parte de la misma red de transmisión. La red se representa como un "árbol" filogenético. En particular, el árbol filogenético debe entenderse como un árbol de genes del VIH, que puede diferir del historial de transmisión, porque las variantes del VIH pueden ser anteriores a la transmisión o desaparecer después de ésta [156] y porque algunas personas de la red de transmisión pueden no haber sido diagnosticadas y/o muestreadas antes de construir el árbol.

La filogenética del VIH es muy diferente del análisis del ADN humano, ya que, dada la evolución continua de las variantes del VIH de cada persona, la filogenética no puede obtener una "coincidencia exacta". Cuando parece haber una "coincidencia filogenética" entre el VIH de dos personas, significa que dos o más variantes están "vinculadas" epidemiológicamente, no que sean las mismas [155,157]. Las pruebas filogenéticas del VIH *pueden* exonerar a un acusado de transmitir el VIH a un denunciante porque si las cepas del virus detectadas en el acusado y el denunciante no están relacionadas, las pruebas filogenéticas contradicen de forma concluyente la afirmación de que el acusado fue la fuente del virus del denunciante. [155,158].

Los recientes avances en la secuenciación del ADN y la filogenética permiten considerar en cierta medida la dirección y el momento de la transmisión [159-162], pero estos métodos no son en la actualidad lo suficientemente precisos para demostrar quién infectó a quién [155,163]. Esto se debe en parte a que siempre puede haber individuos desconocidos y no diagnosticados de la red de transmisión [155]. En consecuencia, actualmente el análisis filogenético no puede eliminar las posibilidades de que el denunciante haya infectado al acusado, de que ambos hayan sido infectados por un tercero [158,163], o de escenarios más complejos de transmisión que hayan dado lugar a que el acusado y el denunciante tengan variantes del VIH que estén epidemiológicamente relacionadas. El hecho de que el hecho de tener el VIH no proteja contra una posterior "super"-infección con una variante diferente añade complejidad [158]. En particular, la confianza en la dirección de la infección se ve socavada cuando el acusado y el denunciante han participado en numerosos actos sexuales que pueden haber facilitado múltiples eventos de transmisión de ida y vuelta [155].

El análisis filogenético es complejo y, por lo tanto, es importante que la filogenética del VIH con fines forenses sea realizada e interpretada por expertos que comprendan plenamente las limitaciones de la técnica y que indiquen explícitamente estas limitaciones en los informes escritos y en los testimonios orales. La interpretación de los resultados

filogenéticos con fines forenses requiere conocimientos sobre filogenética y la distinción entre los árboles evolutivos de los virus y las historias de transmisión. Esto no es sencillo y las metodologías aún no se han estandarizado [155]. La fiabilidad de las pruebas derivadas del análisis filogenético depende de una serie de factores metodológicos

incluyendo el uso de "controles locales" adecuados [164-166] y de secuencias de bases de datos [167-169] que deben ser seleccionadas con criterios de selección coherentes [155]. Las investigaciones internacionales muestran que las pruebas filogenéticas utilizadas en los juicios penales no siempre han cumplido estos requisitos [155].

### 3 | CONCLUSIONES

A la vista de las pruebas presentadas en este documento, recomendamos encarecidamente que se actúe con más cautela a la hora de considerar el enjuiciamiento penal, incluyendo una evaluación cuidadosa de las pruebas científicas actuales sobre los riesgos y daños relacionados con el VIH. Esto es fundamental para reducir el estigma y la discriminación y para evitar errores judiciales.

En este contexto, esperamos que esta Declaración de Consenso anime a los gobiernos y a quienes trabajan en el sistema legal y judicial a prestar mucha atención a los importantes avances en la ciencia del VIH que se han producido en las últimas tres décadas, y a hacer todo lo posible para garantizar que una comprensión correcta y completa de los conocimientos científicos actuales informe cualquier aplicación del derecho penal en casos relacionados con el VIH.

#### AUTORES DE LAS AUTORIDADES

<sup>1</sup>Instituto Pasteur, París, Francia; <sup>2</sup> Mailman School of Public Health, Columbia University, Nueva York, NY, EE.UU.; <sup>3</sup> Centre for the AIDS Program of Research in South Africa, University of KwaZulu-Natal, Durban, Sudáfrica; <sup>4</sup> Weill Medical College, Cornell University, Nueva York, NY, EE.UU.; <sup>5</sup> Department of Microbiology, Tumor and Cell

Biology, Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia; <sup>6</sup>Instituto de Enfermedades Infecciosas y Medicina Molecular, Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica; <sup>7</sup> Departamento de Epidemiología, Centro de Investigación del SIDA y Centro de Salud Pública y Derechos Humanos, Escuela de Salud Pública Bloomberg de John Hopkins, Baltimore, MD, EE.UU.; <sup>8</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Juan A.

Hospital Fernández Buenos Aires, CABA, Argentina; <sup>9</sup> Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; <sup>10</sup> Fundacio' n Hu' esped, Buenos Aires, Argentina; <sup>11</sup> Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Ginebra, Ginebra, Suiza; <sup>12</sup> Instituto Nacional de Infectología Evandro Chagas-Fiocruz, Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil; <sup>13</sup> Kirby Institute, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; <sup>14</sup> Faculty of Medicine, University of Malaya, Kuala Lumpur, Malasia; <sup>15</sup> YRGCARE Medical Centre, Voluntary Health Services, Chennai, India; <sup>16</sup> Women's College Research Institute, Toronto, Canadá; <sup>17</sup> Women's College Hospital, Toronto, Canadá; <sup>18</sup> Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Canadá; <sup>19</sup> Infectious Diseases Unit, Ibn Rochd Universitij Hospital, Casablanca, Marruecos; <sup>20</sup> Institut de Recherche en Santé, de Surveillance Epidemiologique et de Formations, Dakar, Senegal; <sup>21</sup> Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, Canadá; <sup>22</sup> BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver, Canadá; <sup>23</sup> International Association of Providers of AIDS Care, Kampala, Uganda; <sup>24</sup> Russian Peoples' Friendship University (RUDN-University), Moscú, Federación Rusa; <sup>25</sup> Central Research Institute of Epidemiology, Federal Service on Customers' Rights Protection and Human Well-being Surveillance, Moscú, Federación Rusa; <sup>26</sup> KU Leuven, Department of Microbiology and Immunology, Rega Institute for Medical Research, Clinical and Epidemiological Virology, Leuven, Bélgica; <sup>27</sup> Center for Global Health and Tropical Medicine, Unidade de Microbiologia, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal; <sup>28</sup> International Association of Providers of AIDS Care, Washington, DC, USA; <sup>29</sup> UNAIDS, Ginebra, Suiza; <sup>30</sup> Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Inglaterra

#### COM PETENCIA DE INTERESES

Los autores no tienen intereses contrapuestos que declarar.

#### CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Todos los autores han participado en numerosas rondas de discusiones, redacción y edición de esta Declaración de Consenso.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo de Sally Cameron, Edwin Bernard, Luisa Cabal, Stéphanie Claivaz-Loranger, Patrick Eba, Richard Elliott, Cecile Kazatchkine, David McLay, Kevin Osborne, Mariangela Sim-ao y Laurel Sprague.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido financiado por la Sociedad Internacional del Sida (IAS), la Asociación Internacional de Proveedores de Atención al Sida (IAPAC), el Fondo Robert Carr para Redes de la Sociedad Civil y ONUSIDA.

## REFERENCIAS

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Nota de orientación de ONUSIDA sobre el fin de la criminalización excesivamente amplia del VIH. Ginebra: ONUSIDA; 2013.
2. Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley. El VIH y la ley: riesgos, derechos y salud. Ginebra: PNUD; 2012.
3. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV Justice 2: building momentum in global advocacy against HIV criminalization. HIV Justice Network, Global Network of People Living with HIV; 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual, los derechos humanos y la ley. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
5. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimación del riesgo de transmisión del VIH por acto: una revisión sistemática. *AIDS*. 2014;28(10):1509-19.
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Información de los CDC Carga viral indetectable y riesgo de transmisión del VIH. Octubre de 2017 [citado el 30 de junio de 2018]. Disponible en <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/art/cdc-hiv-uvl-transmission.pdf>
7. 2008 MBQB 201; Canadá.
8. R contra Mabior. SCC 47. 2012; Canadá.
9. Boyd M, Cooper D, Crock E, Crooks L, Giles M, Grulich A, et al. Sexual transmission of HIV and the law: an Australian medical consensus statement. *Med J Aust*. 2016;205(9):409-12.
10. Loutfy M, Tyndall M, Baril J-G, Montaner J, Kaul R, Hankins C. Declaración de consenso canadiense sobre el VIH y su transmisión en el contexto del derecho penal. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2014;25(3):135-40.
11. Albert J, Berglund T, Gissler M, Groen P, Soennerborg A, Tegnell A, et al. Riesgo de transmisión del VIH en pacientes con terapia antirretroviral: declaración de la Agencia de Salud Pública de Suecia y del Grupo de Referencia Sueco para la Terapia Antiviral. *Scand J Infect Dis*. 2014;46(10):673-7.
12. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives que ne souffrent d'aucun autre TSM et qui suivent un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008;5:165-9. Francés.
13. Vandamme A-M, Van Laethem K, Schmit J-C, Van Wijngaerden E, Reynders M, Debyser Z, et al. Estabilidad a largo plazo de la carga viral y la infectividad del virus de la inmunodeficiencia humana en sangre total. *Eur J Clin Invest*. 1999;29:445-52.
14. Powers K, Poole C, Pettifor A, Cohen M. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2008;8(9):553-63.
15. Lytle CD. Una evaluación in vitro de los preservativos como barreras contra un pequeño virus. *Sex Transm Dis*. 1997;24:161-4.
16. Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol*. 1999;150(3):306-11.
17. Weller S, Davis K. Eficacia del preservativo para reducir la transmisión heterosexual del VIH. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2001 [citado 2018 6 de junio]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com>
18. Macdonald N, Elam G, Hickson F, Imrie J, McGarrigle CA, Fenton KA, et al. Factores asociados a la seroconversión del VIH en hombres homosexuales en Inglaterra a principios del siglo XXI. *Sex Transm Infect*. 2008;84(1):8-13.
19. Lavoie E, Alary M, Remis RS, Otis J, Vincelette J, Turmel B, et al. Determinantes de la seroconversión al VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres que viven en una población de baja incidencia del VIH en la era de las terapias antirretrovirales altamente activas. *Sex Transm Dis*. 2008;35(1):25-9.
20. Scott HM, Vittinghoff E, Irvin R, Sachdev D, Liu A, Gurwith M, et al. Edad, raza/etnia y factores de riesgo conductual asociados con el riesgo de infección por VIH por contacto entre hombres que tienen sexo con hombres en los Estados Unidos. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(1):115-21.
21. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Eficacia del preservativo para

la prevención del VIH según la constancia de su uso entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en los Estados Unidos. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68(3):337-44. Referenciado en <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000461>.

22. Weller S, Davis-Beaty K. Eficacia del preservativo para reducir la transmisión heterosexual del VIH. *Cochrane Database Syst Rev.* **2002**;1:CD003255.
23. Crosby R, Bounse S. Eficacia del preservativo: ¿dónde estamos ahora? *Sex Health.* **2012**;9:10-7.
24. Buchbinder S, Katz M, Hessel N, O'Malley P, Homberg S. Infección por VIH-1 a largo plazo sin progresión inmunológica. *AIDS.* **1994**;8:1123-8.
25. Madec Y, Boufassa F, Avettand-Fenoel V, Hendou S, Melard A, Boucherit S, et al. Control precoz de la infección por VIH-1 en los no progresores a largo plazo seguidos desde el diagnóstico en la cohorte ANRS SEROCO/HEMOCO. *J Acquir Immune Defic Syndr.* **2009**;50:19-26.
26. Poropatich K, Sullivan DJ. Human immunodeficiency virus type 1 long-term non-progressors: the viral, genetic and immunological basis for disease non-progression. *J Gen Virol.* **2010**;2(2):247-68.
27. Learnmont J, Geczy A, Mills J, Ashton L, Raynes-Greenow C, Garcia R, et al. Estado inmunológico y virológico tras 14 a 18 años de infección con una cepa atenuada del VIH-1. Un informe de la cohorte del Banco de Sangre de Sydney. A report from the Sydney Blood Bank Cohort. *N Engl J Med.* **1999**;340:1715-22.
28. Rhodes DI, Ashton L, Solomon A, Carr A, Cooper D, Kaldor J, et al. Characterization of three nef-defective human immunodeficiency virus type 1 strains associated with long-term nonprogression. Australian Long-Term Nonprogressor Study Group. *J Virol.* **2000**;74(22):10581-8.
29. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevención de la infección por VIH-1 con terapia antirretroviral temprana. *N Engl J Med.* **2011**;365:493-505.
30. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Actividad sexual sin preservativos y riesgo de transmisión del VIH en parejas serodiferentes cuando la pareja seropositiva utiliza un tratamiento antirretroviral supresivo. *JAMA.* **2016**;316:171-81.
31. Montaner JS, Hogg R, Wood E, Kerr T, Tyndall M, Levy AR, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet.* **2006**;368(9534):531-6.
32. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Carga viral y transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med.* **2000**;342(13):921-9.
33. Tovanabutra S, Robison V, Wongtrakul J, Sennum S, Suriyanon V, Kingkeow D, et al. Carga viral masculina y transmisión heterosexual del subtipo E del VIH-1 en el norte de Tailandia. *J Acquir Immune Defic Syndr.* **2002**;29(3):275-83.
34. Fideli US, Allen SA, Musonda R, Trask S, Hahn BH, Weiss H, et al. Determinantes virológicos e inmunológicos de la transmisión heterosexual del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en África. *AIDS Res Hum Retroviruses.* **2001**;17(10):901-10.
35. Hughes JP, Baeten JM, Lingappa JR, Magaret AS, Wald A, de Bruyn G. Determinants of per-coital-act HIV-1 infectivity among African HIV-1-serodiscordant couples. *J Infect Dis.* **2012**;205(3):358-65.
36. Grulich A, Bavinton B, Jin F, Prestage G, Zablotska I, Grinsztejn B, et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. Resumen para la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas de 2015, Seattle, Estados Unidos, **2015**.
37. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour M, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med.* **2016**;375(9):830-9.
38. Supervie V, Viard J-P, Costagliola D, Breban R. Heterosexual risk of HIV transmission per sexual act under combined antiretroviral therapy: systematic review and Bayesian modeling. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* **2014**;59(1):115-22.
39. Loutfy MR, Wu W, Letchumanan L, Bondy L, Antoniou T, Margolese S, et al. Revisión sistemática de la transmisión del VIH entre parejas heterosexuales serodiscordantes en las que la pareja seropositiva está totalmente suprimida con terapia antirretroviral. *PLoS ONE.* **2012**;8(2):e55747.
40. Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *JAMA.* **2013**;310(15):1619-20.
41. Mastro TD, De Vincenzi I. Probabilidades de transmisión sexual del VIH-1. *AIDS.* **1996**;10:S75-82.
42. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, et al. Probabilidad de transmisión del VIH-1 por acto coital en parejas monógamas, heterosexuales, VIH-1-discordantes en Rakai, Uganda. *Lancet.* **2001**;357(9263):1149-53.
43. Young J, Rickenbach M, Calmy A, Bernasconi E, Staehelin C, Schmid P, et al. Viremia transitoria detectable y riesgo de rebote viral en pacientes del Swiss HIV Cohort Study. *BMC Infect Dis.* **2015**;15(1):382.
44. Soerstedt E, Nilsson S, Blaxhult A, Gissle M, Flamholz L, Soennerborg A, et al. Los brotes virales durante el tratamiento antirretroviral supresivo se asocian a niveles elevados de ARN del VIH-1 en la línea de base. *BMC Infect Dis.* **2016**;16:305.

45. Van Sighem A, Zhang S, Reiss P, Gras L, van der Ende M, Kroon F, et al. Immunologic, virologic, and clinical consequences of episodes of transient viremia during suppressive combination antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;1(48):104-8.
46. Teira R, Vidal F, Mun-oz-Sanchez P, Geijo P, Viciano P, Ribera E, et al. Muy La viremia de bajo nivel y el riesgo de fasilura virológica en pacientes infectados por el VIH-1 tratados. *HIV Medicine*, edición en línea. *HIV Med*. 2017;18(3):196-203.
47. Fonner V, Dalglish S, Kennedy C, Baggaley R, O'Reilly K, Koehlin F, et al. Eficacia y seguridad de la profilaxis oral previa a la exposición al VIH para todas las poblaciones. *AIDS*. 2016;30:1973-83.
48. Molina J-M, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. Profilaxis de preexposición a demanda en hombres con alto riesgo de infección por VIH-1. *N Engl J Med*. 2015;3(373):2237-46.
49. McCormack S, Dunn D, Desai M, Dolling D, Gafos M, Gilson R, et al. Profilaxis previa a la exposición para prevenir la adquisición de la infección por VIH-1 (PROUD): resultados de eficacia de la fase piloto de un ensayo aleatorio pragmático de etiqueta abierta. *Lancet*. 2015;387(10013):53-60.
50. Grant RM, Liegler T, Defechereux P, Kashuba AD, Taylor D, Abdel-Mohsen M, et al. Resistencia a los fármacos y nivel de ARN viral en plasma tras el uso ineficaz de la profilaxis oral previa a la exposición en mujeres. *AIDS*. 2015;29:331-7.
51. Schechter M, do Lago R, Mendelsohn A, Moreira R, Moulton L, Harrison L, et al. Impacto conductual, aceptabilidad e incidencia del VIH entre hombres homosexuales con acceso a quimioprofilaxis postexposición para el VIH. *JAIDS*. 2004;35(5):519-25.
52. Pinkerton SD, Martin J, Roland M, Katz M, Coates T, Kahn J, et al. Coste-eficacia de la profilaxis postexposición tras la exposición sexual o por uso de drogas inyectables al virus de la inmunodeficiencia humana. *Arch Intern Med*. 2004;164:46-54.
53. Jochimsen EM. Failures of zidovudine postexposure prophylaxis. *Am J Med*. 1997;102(5):52-5.
54. Lot F, Abiteboul D. Occupational infections with HIV in France among health-care personnel. *Bull Epi Hebdom*. 1999;18:69-70. Francés.
55. Beltrami EM, Luo C-C, de la Torre N, Cardo DM. Transmisión del VIH resistente a los medicamentos tras una exposición laboral a pesar de la profilaxis postexposición con un régimen farmacológico combinado. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002;2002(23):345-8.
56. Hawkins DA, Asboe D, Barlow K, Evans B. Seroconversión al VIH-1 tras una lesión por pinchazo de aguja a pesar de la profilaxis combinada postexposición. *J Infect*. 2001;43:12-5.
57. Wulfsohn A, Venter WDF, Schultze D, Levey M, Sanne IM. Post-exposure prophylaxis after sexual assault in South Africa. *Proceedings of the Tenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*; 2003 Feb; Boston, U.S.: abstract 42.
58. Lunding S, Katzenstein TL, Kronborg G, Lindberg JA, Jensen J, Nielsen HI, et al. The Danish PEP registry: experience with the use of postexposure prophylaxis (PEP) following sexual exposure to HIV from 1998 to 2006. *Sex Transm Dis*. 2010;37(1):49-52.
59. Donnell D, Mimiaga MJ, Mayer K, Chesney M, Koblin B, Coates T. El uso de la profilaxis postexposición no ocupacional no conduce a un aumento de las conductas sexuales de alto riesgo en los hombres que tienen sexo con hombres que participan en el ensayo EXPLORE. *AIDS Behav*. 2010;14(5):1182-9.
60. Sonder GJ, Prins JM, Regez RM, Brinkman K, Mulder JW, Veenstra J, et al. Comparación de dos regímenes de profilaxis postexposición del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en Ámsterdam: los efectos adversos no influyen en el cumplimiento. *Sex Transm Dis*. 2010;37(11):681-6.
61. McAllister J, Read P, McNulty A, Tong WW, Ingersoll A, Carr A. Raltegravir-emtricitabina-tenofovir como profilaxis postexposición no ocupacional del VIH en hombres que tienen sexo con hombres: seguridad, tolerabilidad y adherencia. *HIV Med*. 2014;15(1):13-22.
62. Jain S, Oldenburg CE, Mimiaga MJ, Mayer KH. Infección posterior por VIH entre hombres que tienen sexo con hombres que usaron profilaxis postexposición no ocupacional en un centro de salud comunitario de Boston: 1997-2013. Atención al paciente con SIDA STDS. 2015;29(1):20-5.
63. Foster R, McAllister J, Read TR, Pierce AB, Richardson R, McNulty A, et al. Emtricitabina-ripivirina-tenofovir de un solo comprimido como profilaxis postexposición del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. *Clin Infect Dis*. 2015;61(8):1336-41.
64. Linden JA, Oldeg P, Mehta SD, McCabe KK, LaBelle C. Profilaxis postexposición del VIH en agresiones sexuales: práctica actual y cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento por parte de los pacientes en un gran hospital universitario urbano. *Acad Emerg Med*. 2005;12(7):640-6.
65. Griffith WF, Ackerman GE, Zoellner CL, Sheffield JS. Agresión sexual: un informe sobre la profilaxis postexposición al virus de la inmunodeficiencia humana. *Obstet Gynecol Int*. 2010;196963:1-6.
66. Olshen E, Hsu K, Woods ER, Harper M, Harnisch B, Samples CL. Uso de la profilaxis postexposición del virus de la inmunodeficiencia humana en adolescentes víctimas de agresiones sexuales. *Arch of Pediat Adolesc Med*. 2006;160(7):674-80.
67. Cardo D, Culver D, Ciesielski C, Srivastava P, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med*. 1997;20(337):1485-90.
68. Poynten IM, Smith DE, Cooper DA, Kaldor JM, Grulich AE. The public health impact of widespread availability of nonoccupational postexposure prophylaxis against HIV. *HIV Medicine*. 2007;8(6):374-81.
69. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Circuncisión masculina para la prevención de la adquisición heterosexual del VIH en hombres. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003362.
70. Millett GA, Flores SA, Marks G, Reed JB, Herbst JH. Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300(14):1674-84. Erratum en: *JAMA*. 2009 Mar 18;301(11):1126-9.
71. Crepaz N, Marks G, Liao A, Mullins MM, AuPont LW, Marshall KJ, et al. Prevalencia de las relaciones sexuales anales sin protección entre los HSH diagnosticados de VIH en Estados Unidos: un metaanálisis. *AIDS*. 2009;23(13):1617-29.
72. Van De Ven P, Kippax S, Crawford J, Rawstorne P, Prestage G, Grulich A, et al. En una minoría de hombres homosexuales, la práctica del riesgo sexual indica un posicionamiento estratégico para la reducción del riesgo percibido en lugar del sexo desenfrenado. *AIDS Care*. 2002;14(4):471-80.
73. Jin F, Crawford J, Prestage GP, Zablotska I, Imrie J, Kippax SC, et al. Relaciones anales sin protección, comportamientos de reducción de riesgos y posterior infección por VIH en una cohorte de hombres homosexuales. *AIDS*. 2009;23(2):243-52.
74. Baggaley RF, Boily M-C, White RG, Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2006;20:805-12.
75. Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol*. 1999;1(150):306-11.
76. Sexton J, Garnett G, Røttingen J-A. Metaanálisis y metarregresión en la interpretación de la variabilidad de los estudios sobre el impacto de las enfermedades de transmisión sexual en la susceptibilidad a la infección por el VIH. *Sex Transm Dis*. 2005;32(6):351-7.
77. Campo J, Perea MA, del Romero J, Cano J, Hernando V, Bascones A. Transmisión oral del VIH, ¿realidad o ficción? Una actualización. *Oral Dis*. 2006;12(3): 219-28.
78. Baggaley RF, White RG, Boily MC. Revisión sistemática de las probabilidades de transmisión orogenital del VIH 1. *Int J Epidemiol*. 2008;37(6):1255-65.
79. Morrow G, Vachot L, Vagenas P, Robbiani M. Conceptos actuales de la transmisión del VIH. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2007;4(1):29-35.
80. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Sexo oral y riesgo de VIH. *CDC HIV/AIDS Facts*, junio de 2009.
81. del Romero J, Marincovich B, Castilla J, García S, Campo J, Hernando V, et al. Evaluación del riesgo de transmisión del VIH a través del sexo orogenital sin protección. *AIDS*. 2002;16(9):1296-7.
82. Raiteri R, Fora R, Sinicco A. No hay transmisión del VIH-1 a través del sexo entre lesbianas. *Lancet*. 1994;344:270.
83. Grupo de estudio europeo sobre la transmisión heterosexual del VIH. Comparación de la transmisión del VIH de mujer a hombre y de hombre a mujer en 563 parejas estables. *BMJ*. 1992;304(6830):809-13.
84. Boily M-C, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis*. 2009;9(2):118-29.
85. Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Estrada V, et al. Riesgo de transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales sin preservativo si la pareja seropositiva está en tratamiento antiretroviral: Estudio PARTNER. Presentación en la CROI, 2014 Mar 3-6; Boston, U.S.
86. Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol*. 2010;39(4):1048-63.
87. Halperin DT, Shiboski SC, Palefsky JM, Padian NS. Alto nivel de infección del VIH-1 por el coito anal: un factor de riesgo descuidado en la prevención del SIDA heterosexual. Ponencia presentada en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA. 2002; Barcelona, España.
88. Leynaert B, Downs AM, de Vincenzi I. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. *European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV*. *Am J Epidemiol*. 1998;148(1):88-96.
89. Jin F, Jansson J, Law M, Prestage GP, Zablotska I, Imrie JC, et al. Probabilidad de transmisión del VIH en hombres homosexuales de Sydney en la era de la TARGA. *AIDS*. 2010;24(6):907-13.



90. DeGruttola V, Seage GR 3rd, Mayer KH, Horsburgh CR Jr. Infectibilidad del VIH entre parejas homosexuales masculinas. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(9):849-56.
91. Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM Jr. Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1994;7(11):1169-84.
92. Bavinton B, Grinsztejn B, Phanuphak N, Jin F, Zablotska I, Prestage G, et al. El tratamiento del VIH previene la transmisión del VIH en parejas masculinas serodiscordantes en Australia, Tailandia y Brasil. 9ª Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA sobre la Ciencia del VIH, París, resumen no TUAC0506LB, julio de 2017.
93. Berthier A, Fauchet R, Genetet N, Fonlupt J, Genetet N, Gueguen M, et al. Transmisibilidad del virus de la inmunodeficiencia humana en niños hemofílicos y no hemofílicos que viven en una escuela privada en Francia. *Lancet*. 1986;2(8507):598-601.
94. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB, Klimas N, Fletcher MA, Parks W. Evaluación de las parejas heterosexuales, los hijos y los contactos domésticos de los adultos con SIDA. *JAMA*. 1987;257:640-4.
95. Friedland G, Kahl P, Saltzman B, Rogers M, Feiner C, Mayers M, et al. Pruebas adicionales de la ausencia de transmisión de la infección por VIH por contacto interpersonal estrecho (casual). *AIDS*. 1990;4(7):639-44.
96. Rogers MF, White CR, Sanders R, Schable C, Ksell TE, Wasserman RL, et al. Ausencia de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana de los niños infectados a sus contactos domésticos. *Pediatrics*. 1990;85(2):210-4.
97. Courville TM, Caldwell B, Brunell P. Ausencia de pruebas de transmisión del VIH-1 a los contactos familiares de niños infectados por el HIV-1. *Clin Pediatr*. 1998;37(3):175-8.
98. Lusher JM, Operskalski EA, Lee H, Mosley JW, Aledort LM, Dietrich SL, et al. Riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 entre los contactos domésticos sexuales y no sexuales de personas con trastornos congénitos de la coagulación. *Pediatrics*. 1991;88:242-9.
99. Gilbert VL. Unusual HIV transmissions through blood contact: analysis of cases reported in the United Kingdom to December 1997. *Commun Dis Public Health*. 1998;1(2):108-13.
100. Yeung SC, Kazazi F, Randle CG, Howard RC, Rizvi N, Downie JC, et al. Los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 tienen bajos niveles de virus en la saliva incluso en presencia de enfermedad periodontal. *J Infect Dis*. 1993;167(4):803-9.
101. Shine N, Konopka K, DuÉzguÉne S N. La actividad anti-VIH-1 asociada a saliva. *J Dent Res*. 1997;76(2):634-40.
102. Shugars DC, Schock DC, Patton J. Carga de ARN del VIH-1 en plasma sanguíneo, saliva y líquido crevicular. *J Dent Res*. 1998;77(Special Issue A):285.
103. Shugars DC, Wahl S. The role of the oral environment in HIV-1 transmission. *JADA*. 1998;129(7):851-8.
104. Malamud D, Friedman HM. HIV in the oral cavity: virus, viral inhibitory activity, and antiviral antibodies. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1993;4(3-4):461-6.
105. Archibald DW, Cole GA. In vitro inhibition of HIV-1 infectivity by human salivas. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1990;6(12):1425-32.
106. Yeh CK, Handelman B, Fox PC, Baum BJ. Further studies of salivary inhibition of HIV-1 infectivity. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1992;5(9):898-903.
107. Cresswell FV, Ellis J, Hartley J, Sabin CA, Orkin C, Churchill DR. A systematic review of risk of HIV transmission through biting or spitting: implications for policy. *HIV Med*. 2018;1-9. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/hiv.12625>
108. Tsoukas CM, Hadjis T, Shuster J, Theberge L, Feorino P, O'Shaughnessy M. Ausencia de transmisión del VIH a través de mordeduras y arañazos humanos. *JAIDS*. 1988;1(5):505-7.
109. Richman KM, Richman LS. The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1993;6:40-6.
110. Shirley LR, Ross SA. Riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana por la mordedura de un niño pequeño infectado. *J Pediatr*. 1989;114(3):425-7.
111. Drummond R. Seronegativo 18 meses después de ser mordido por un paciente con SIDA. *JAMA*. 1986;256(17):2342-3.
112. Romea S, Alkiza ME, Ramon JM, Oromé J. Riesgo de transmisión laboral de la infección por VIH entre los trabajadores sanitarios. *Eur J Epidemiol*. 1995;11(2):225-9.
113. Verrusio AC. Riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana al personal sanitario expuesto a pacientes infectados por el VIH: una revisión. *JADS*. 1989;118(3):339-42.
114. Henderson DK, Fahey BJ, Willy M, Schmitt JM, Carey K, Koziol DE, et al. Riesgo de transmisión laboral del virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) asociado a exposiciones clínicas: una evaluación prospectiva. *Ann Intern Med*. 1990;113(10):740-6.
115. Tereskerz PM, Bentley M, Jagger J. Risk of HIV-1 infection after human bites. *Lancet*. 1996;348(9040):1512.
116. Sabin CA, Lundgren JD. The natural history of HIV infection. *Curr Opin HIV AIDS*. 2013;8(4):311-7.
117. Okulicz JF, Marconi VC, Landrum ML, Wegner S, Weintrob A, Ganesan A, et al. Resultados clínicos de los controladores de élite, los controladores víricos y los no progresores a largo plazo en el Estudio de la Historia Natural del VIH del Departamento de Defensa de los Estados Unidos. *J Infect Dis*. 2009;200(11):1714-23.
118. McManus H, O'Connor CC, Boyd M, Broom J, Russell D, Watson K, et al. Supervivencia a largo plazo en pacientes VIH positivos con hasta 15 años de terapia antirretroviral. *PLoS ONE*. 2012;7(11):e48839.
119. Lee FJ, Amin J, Carr A. Eficacia de la terapia antirretroviral inicial para la infección por VIH-1 en adultos: una revisión sistemática y un metaanálisis de 114 estudios con hasta 144 semanas de seguimiento. *PLoS ONE*. 2014;9(5):e97482.
120. El grupo de estudio INSIGHT START. Inicio de la terapia antirretroviral en la infección por VIH asintomática temprana. *N Engl J Med*. 2015;373(9):795-807.
121. Stephan C, Hill A, Sawyer W, van Delft Y, Moecklinghoff C. Impact of baseline HIV-1 RNA levels on initial highly active antiretroviral therapy outcome: a meta-analysis of 12,370 patients in 21 clinical trials. *HIV Med*. 2013;14(5):284-92.
122. Trickey A, May M, Vehreschild J-J, Obel N, Gill MJ, Crane H, et al. Supervivencia de los pacientes seropositivos que iniciaron la terapia antirretroviral entre 1996 y 2013: un análisis colaborativo de estudios de cohortes. *Lancet HIV*. 2017;4(8): e349-56.
123. Patterson S, Cescon A, Samji H, Chan K, Zhang W, Raboud J, et al. Esperanza de vida de las personas seropositivas que reciben terapia antirretroviral combinada en Canadá. *BMC Infect Dis*. 2015;17(15):274.
124. Zhu H, Napravnik S, Eron JJ, Cole SR, Ma Y, Wohl DA, et al. Disminución del exceso de mortalidad de los pacientes infectados por el VIH que inician la terapia antirretroviral: comparación con la mortalidad en la población general en China, 2003-2009. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63(5):e150-7.
125. Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Med*. 2017;18(4):256-66.
126. Lohse N, Obel N. Actualización de la supervivencia de las personas con infección por VIH en Dinamarca. *Ann Intern Med*. 2016;165(10):749-50.
127. Price AJ, Glynn J, Chihana M, Kayuni N, Floyd S, Slaymaker E, et al. Ganancia sostenida de 10 años en la esperanza de vida de los adultos tras el despliegue de la terapia antirretroviral en la zona rural de Malawi: July 2005 to June 2014. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2):479-91.
128. Nsanzimana S, Remera E, Kanters S, Chan K, Forrest JI, Ford N, et al. Esperanza de vida entre los pacientes seropositivos de Ruanda: un estudio de cohorte retrospectivo. *Lancet Glob Health*. 2015;3(3):e169-77.
129. Johnson LF, Mossong J, Dorrington RE, Schomaker M, Hoffmann CJ, Keiser O, et al. International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS Southern Africa Collaboration. Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Med*. 2013;10(4): e1001418.
130. Reniers G, Blom S, Calvert C, Martin-Onraet A, Herbst AJ, Eaton JW, et al. Trends in the burden of HIV mortality after roll-out of antiretroviral therapy in KwaZulu-Natal, South Africa: an observational community cohort study. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e113-21.
131. Gueller A, Moser A, Calmy A, GuÉnthard HF, Bernasconi E, Furrer H, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS*. 2017;31(3):427-36.
132. Teeraananchai S, Chaivooth S, Kerr SJ, Bhakeecheep S, Avihingsanon A, Teeraratkul A, et al. Esperanza de vida tras el inicio del tratamiento antirretroviral combinado en Tailandia. *Antivir Ther*. 2017;22:393-402.
133. Asiki G, Reniers G, Newton R, Baisley K, Nakiyingi-Miiró J, Slaymaker E, et al. Tendencias de la esperanza de vida adulta en la era del tratamiento antirretroviral en la Uganda rural (1991-2012). *AIDS*. 2016;30(3):487-93.
134. May MT, Gompels M, Delpech V, Porter K, Orkin C, Kegg S, et al. Impacto en la esperanza de vida de los individuos VIH-1 positivos del recuento de células CD4+ y la respuesta de la carga viral a la terapia antirretroviral. *AIDS*. 2014;28(8):1193-202.
135. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*. 2013;8(12):e81355.
136. Siddiqi AE, Hall HI, Hu X, Song R. Estimaciones poblacionales de la esperanza de vida tras el diagnóstico de VIH: Estados Unidos 2008-2011. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(2):230-6.
137. Marcus JL, Chao CR, Leyden WA, Xu L, Quesenberry CP Jr, Klein DB, et al. Narrowing the gap in life expectancy between HIV-infected and HIV-uninfected individuals with access to care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(1):39-46.



138. Furuya-Kanamori L, Kelly MD, McKenzie SJ. Co-morbilidad, envejecimiento y mortalidad predicha en hombres australianos tratados con antirretrovirales: un análisis cuantitativo. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78403.
139. van Sighem AI, Gras LA, Reiss P, Brinkman K, de Wolf F. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS*. 2010;24(10):1527-35.
140. Nglazi M, West S, Dave J, Levitt N, Lambert E. Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*. 2014;3(14):676.
141. Wandeler G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(5):492-500.
142. Palella FJ Jr, Baker RK, Moorman AC, Chmiel JS, Wood KC, Brooks JT, et al. Mortalidad en la era de la terapia antirretroviral altamente activa: cambio en las causas de muerte y enfermedad en el estudio de pacientes externos con VIH. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;43(1):27-34.
143. Crum NF, Riffenburgh RH, Wegner S, Agan BK, Tasker SA, Spooner KM, et al. Comparaciones de las causas de muerte y las tasas de mortalidad entre las personas infectadas por el VIH: análisis de las épocas anteriores, tempranas y tardías de la TARGA (terapia antirretroviral altamente activa). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;41(2):194-200.
144. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ*. 2009;31(338):288-92.
145. Kojic EM, Wang CC, Cu-Uvin S. HIV and menopause: a review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(10):1402-11.
146. Manfredi R. La enfermedad del VIH y la edad avanzada: un reto terapéutico creciente. *Drugs Aging*. 2002;19(9):647-69.
147. Manfredi R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. *Ageing Res Rev*. 2004;3(1):31-54.
148. Serrano-Villar S, Guti' errez F, Miralles C, Berenguer J, Rivero A, Mart' inez E, et al. El virus de la inmunodeficiencia humana como enfermedad crónica: evaluación y manejo de las condiciones que definen el síndrome de inmunodeficiencia no adquirida. *Open Forum Infect Dis*. 2016;3(2):ofw097.
149. Narayan KM, Miotti PG, Anand NP, Kline LM, Harmston C, Gulakowski R 3rd, et al. HIV and noncommunicable disease comorbidities in the era of antiretroviral therapy: a vital agenda for research in low- and middle-income country settings. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;1(67 Suppl 1):S2-7.
150. Bloomfield GS, Khazanie P, Morris A, Rabad' an-Diehl C, Benjamin LA, Murdoch D, et al. HIV and noncommunicable cardiovascular and pulmonary diseases in low- and middle-income countries in the ART era: what we know and best directions for future research. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;1(67 Suppl 1):S40-53.
151. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo entre los individuos infectados por el VIH-1: un estudio nacional. *Population-Based Cohort Study*. *Clin Infect Dis*. 2013;56(5):727-34.
152. Rodríguez B, Sethi AK, Cheruvu VK, Mackay W, Bosch RJ, Kitahata M, et al. Valor predictivo del nivel de ARN del VIH en plasma sobre la tasa de disminución de las células T de CD4 en la infección por VIH no tratada. *J Am Med Assoc*. 2006;296(12):1498-506.
153. Bernard E, Azad Y, Delpech V, Geretti AM. HIV Forensics II: Estimating the likelihood of recent HIV infection: implications for criminal prosecution. *London: National AIDS Trust*; 2011.
154. Goodenow M, Huet T, Saurin W, Kwok S, Sinsky J, Wain-Hobson S. Los aislados del VIH-1 son cuasiespecies que evolucionan rápidamente: evidencia de mezclas virales y sustituciones de nucleótidos pre-ferentes. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1989;2:344-52.
155. Abecasis A, Pingarilho M, Vandamme A-M. Phylogenetic analysis as a forensic tool in HIV transmission investigations: a literature review. *AIDS*. 2017;26(31):2017.
156. Romero-Severson E, Skar H, Bulla I, Albert J, Leitner T. El tiempo y el orden de los eventos de transmisión no se reflejan directamente en la filogenia de un patógeno. *Mol Biol Evol*. 2014;31:2472-82.
157. Rambaut A, Posada D, Crandall KA, Holmes EC. The causes and consequences of HIV evolution. *Nat Rev Genet*. 2004;5:52-61.
158. Bernard EJ, Azad Y, Vandamme AM, Weait M, Geretti AM. HIV forensics: pitfalls and acceptable standards in the use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigations of HIV transmission. *HIV Med*. 2007;8(6):382-7.
159. Romero-Severson EO, Bulla I, Leitner T. Phylogenetically resolving epidemiologic linkage. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2016;113(10):2690-5.
160. Huelsenbeck J, Hillis DM. Éxito de los métodos filogenéticos en el caso de cuatro taxones. *Syst Biol*. 1993;42(3):247-64.
161. Wertheim JO, Sanderson MJ, Worobey M, Bjork A. Relaxed molecular clocks, the bias-variance trade-off, and the quality of phylogenetic inference. *Syst Biol*. 2010;59:1-8.
162. González-Candelas F, Bracho MA, Wrobel B, Moya A. Evolución molecular en los tribunales: análisis de un gran brote del virus de la hepatitis C de una fuente en evolución. *BMC Biol*. 2013;11:76.
163. Abecasis AB, Geretti AM, Albert J, Power L, Weait M, Vandamme A-M. La ciencia en los tribunales: el mito de las huellas dactilares del VIH. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(2):78-9.
164. Ou CY, Ciesielski CA, Myers G, Bandea CI, Luo CC, Korber BT, et al. Epidemiología molecular de la transmisión del VIH en una consulta dental. *Science*. 1992;256:1165-71.
165. Smith TF, Waterman MS. El caso continuo del dentista de Florida. *Science*. 1992;256:1155-6.
166. DeBry RW, Abele LG, Weiss SH, Hill MD, Bouzas M, Lorenzo E, et al. ¿Transmisión dental del VIH? *Nature*. 1993;361:691.
167. Lemey P, Van Dooren S, Van Laethem K, Schrooten Y, Derdelinckx I, Goubau P, et al. Pruebas moleculares de transmisiones múltiples del VIH-1 en un caso criminal. *AIDS Lond Engl*. 2005;19:1649-58.
168. Goedhals D, Rossouw I, Hallbauer U, Mamabolo M, de Oliveira T. La leche contaminada de la bondad humana. *Lancet Lond Engl*. 2012;380:702.
169. Paraschiv S, Banica L, Nicolae I, Niculescu I, Abagiu A, Jipa R, et al. Dispersión epidémica del VIH y el VHC en una población de usuarios de drogas inyectables rumanos coinfectados. *PLoS ONE*. 2017;12:e0185866.

## INFORMACIÓN DE APOYO

- En la versión en línea de este artículo se puede encontrar información de apoyo adicional:
- Material suplementario S1. Avaladores de la Declaración de Consenso de Expertos.
  - Material suplementario S2. Resumen Ejecutivo Con- de Expertos Declaración deensus.
  - Material suplementario S3. Declaración de Consenso de Expertos Traducción al FRANCÉS.
  - Material suplementario S4. Declaración de consenso de expertos Traducción al ruso.
  - Material suplementario S5. Declaración de consenso de expertos Traducción al español.



# Anexo C: Recursos útiles

## La ciencia del VIH

M. Loutfy, M. Tyndall y otros, "[Canadian Consensus Statement on HIV and its transmission in the context of the criminal law](#)", *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 25(3) (2014): pp. 135-140.

F. Barré-Sinoussi et al., "Declaración de consenso de expertos sobre la ciencia del VIH en el contexto del derecho penal", *Journal of the International AIDS Society* julio 2018, 21:e25161, <https://doi.org/10.1002/jia2.25161>.

E.J. Bernard et al., "HIV forensics: pitfalls and acceptable standards in the use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigations of HIV transmission", *HIV Medicine* 2007; 8(6): 382-387, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1293.2007.00486.x>.

E.J. Bernard et al., *HIV Forensics II: Estimate the likelihood of recent HIV infection - Implications for criminal prosecution* (Londres: National AIDS Trust, julio de 2011), [www.nat.org.uk/publication/hiv-forensics-ii-estimating-likelihood-recent-hiv-infection-implications-criminal](http://www.nat.org.uk/publication/hiv-forensics-ii-estimating-likelihood-recent-hiv-infection-implications-criminal).

## Políticas fiscales existentes

Attorney General of Canada, Directive to Director of the Public Prosecution Service, *Canada Gazette*, Part I, Vol. 152, 8 de diciembre de 2018, en línea: <http://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2018/2018-12-08/html/notice-avis-eng.html#n14>, también reproducido en el *Deskbook* of the Public Prosecution Service of Canada (Sección 5.12: "Prosecutions involving non-disclosure of HIV status"), [www.ppsc-sppc.gc.ca/eng/pub/fpsd-sfpg/index.html](http://www.ppsc-sppc.gc.ca/eng/pub/fpsd-sfpg/index.html).

[Ontario] Ministerio del Fiscal General, *Crown Prosecution Manual - D. 33: Sexual Offences against Adults*, actualizado el 1 de diciembre de 2017. Disponible en [www.ontario.ca/document/crown-prosecution-manual/d-33-sexual-offences-against-adults](http://www.ontario.ca/document/crown-prosecution-manual/d-33-sexual-offences-against-adults).

BC Prosecution Service, "Sexual Transmission, or Realistic Possibility of Transmission, of HIV" (Transmisión sexual o posibilidad realista de transmisión del VIH), código de política SEX-2, en vigor desde el 16 de abril de 2019, en línea: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/law-crime-and-justice/criminal-justice/prosecution-service/crown-counsel-policy-manual/sex-2.pdf>.

## Informes y recomendaciones

Justice Canada, *Criminal Justice System's Response to Non-Disclosure of HIV*, 1 de diciembre de 2017, <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/hivnd-vihnd/index.html>.

Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes. *Criminalización de la no revelación del estado serológico* (junio de 2019), <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/JUST/report-28/>.



## Orientación internacional

PNUD. *Guidance for prosecutors on HIV-related criminal cases* (2021), <https://www.undp.org/publications/undp-guidance-prosecutors-hiv-related-criminal-cases>.

ONUSIDA. *Poner fin a la penalización excesivamente amplia de la no revelación, exposición y transmisión del VIH: Critical scientific, medical and legal considerations* (2013), [www.unaids.org/en/resources/documents/2013/20130530\\_Guidance\\_Ending\\_Criminalisation](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2013/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation).

Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley. *El VIH y la ley: Riesgos, Derechos y Salud* (2012) y *Suplemento* (2018), en línea a través de [www.hivlawcommission.org](http://www.hivlawcommission.org). (Véanse las principales recomendaciones sobre el VIH y el derecho penal en el anexo A).

ONUSIDA Y PNUD. *Informe de política: Criminalización de la transmisión del VIH* (2008), [www.unaids.org/en/resources/documents/20081110\\_jc1601\\_policy\\_brief\\_criminalization\\_long\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/resources/documents/20081110_jc1601_policy_brief_criminalization_long_en.pdf).

## Otros recursos

Red Legal del VIH. *Covering Risk: HIV Criminalization and Condoms* (2021), <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/covering-risk-hiv-criminalization-and-condoms/?lang=en>.

Red Legal del VIH. *Harms of Sex Offender Registries in Canada among people living with HIV* (2021), <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/harms-of-sex-offender-registries-in-canada-among-people-living-with-hiv/?lang=en>.



# Referencias

- <sup>1</sup> Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes. *Criminalización de la no revelación del estado serológico* (junio de 2019), <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/JUST/report-28/>.
- <sup>2</sup> Por ejemplo, Gobierno de Canadá, "Minister Wilson-Raybould Issues Statement on World AIDS Day", 1 de diciembre de 2016; Departamento de Justicia de Canadá, *Criminal Justice System's Response to Non-Disclosure of HIV* (2017); Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes, *Criminalization of Non-Disclosure of HIV Status* (junio de 2019); Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de Canadá*, UN Doc. CEDAW/C/CAN/CO/8-9, 18 de noviembre de 2016; M. Loutfy, M. Tyndall y otros, "Canadian Consensus Statement on HIV and its transmission in the context of the criminal law", *Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology* 2014; 25(3): 135-140; Coalición Canadiense para la Reforma de la Penalización del VIH, *Ending unjust HIV criminalization: Declaración de consenso de la comunidad*, noviembre de 2017 (actualizada en marzo de 2019); Women's Legal Education and Action Fund, *A Feminist Approach to Law Reform on HIV Non-Disclosure*, enero de 2019.
- <sup>3</sup> *Directrices sobre la función de los fiscales*, adoptadas por el Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (1990), [www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RoleOfProsecutors.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RoleOfProsecutors.aspx); Asociación Internacional de Fiscales, *Standards of Professional Responsibility and Statement of the Essential Duties and Rights of Prosecutors* (1999), [www.iap-association.org/Resources-Documentation/IAP-Standards-\(1\)](http://www.iap-association.org/Resources-Documentation/IAP-Standards-(1)) ["IAP Standards"]; UNODC y Asociación Internacional de Fiscales, *The Status and Role of Prosecutors* (2014), [www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/14-07304\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/14-07304_ebook.pdf).
- <sup>4</sup> L. Power, *Understanding Criminal Prosecutions for Sexual Transmission of Infection: A report on charges of grievous bodily harm via sexual transmission of infection handled by the Crown Prosecution Service in England and Wales between 2008-2012, their management and outcomes* (Londres: Terrence Higgins Trust, sin fecha), disponible en [www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/living-well-hiv/legal-issues/views-prosecutions](http://www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/living-well-hiv/legal-issues/views-prosecutions). Este parece ser el único informe publicado hasta la fecha que intenta evaluar sistemáticamente el impacto de las orientaciones oficiales de la fiscalía sobre la gestión de los procesos penales relacionados con el VIH. Otros datos anecdóticos procedentes de Canadá confirman que una política clara puede reducir el número de procesamientos que no están bien fundados en la ciencia o que, por otras razones, pueden no justificar el procedimiento.
- <sup>5</sup> Comisión Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes, p. 24.
- <sup>6</sup> *Ibidem*, p. 25.
- <sup>7</sup> PNUD, *Guidance for Prosecutors on HIV-related Criminal Cases* (2021).
- <sup>8</sup> Esto incluye las extensas recomendaciones realizadas previamente por el Grupo de Trabajo de Ontario sobre Derecho Penal y Exposición al VIH (CLHE): *Consulta sobre las directrices de la fiscalía para los casos de Ontario que implican la no revelación de infecciones de transmisión sexual: Community Report and Recommendations to the Attorney General of Ontario* (junio de 2011), <http://clhe.ca/owg-criminal-law-hiv-exposure/wp-content/uploads/2018/04/CHLE-guidelines-report.pdf>; CHLE, *Ending Overcriminalization of People Living with HIV in Ontario*, Brief for Ministerial Roundtable on April 12, 2018; y Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Ending Unjust HIV Prosecutions in British Columbia: Modernizing prosecutorial policy - Submission to the Attorney General of British Columbia* (enero de 2019), <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/ending-unjust-hiv-prosecutions-in-british-columbia/?lang=en>.
- <sup>9</sup> ONUSIDA, *Ending overly broad criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal considerations* (2013); Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, *HIV and the Law: Risks, Rights and Health* (2012) y *Suplemento* (2018), en línea a través de [www.hivlawcommission.org](http://www.hivlawcommission.org); ONUSIDA y PNUD, *Policy Brief: Criminalización de la transmisión del VIH* (2008); PNUD, *Orientación para fiscales sobre casos penales relacionados con el VIH* (2021).
- <sup>10</sup> F. Barré-Sinoussi et al., "Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law", *Journal of the International AIDS Society* 2018, 21:e25161, <https://doi.org/10.1002/jia2.25161>.
- <sup>11</sup> C. Hastings et al. *HIV Criminalization in Canada: Key Trends and Patterns, 1989-2020* (HIV Legal Network, 2022).
- <sup>12</sup> En 2018, el Tribunal de Apelación de Nueva Escocia confirmó que el daño psicológico por sí solo resultante de la no revelación de la pareja (por ejemplo, el estrés emocional) no es suficiente para activar la aplicación del derecho penal en ausencia de una posibilidad realista de transmisión: *R v Thompson*, 2018 NSCA 13.



<sup>13</sup> *R v Mabior*, 2012 SCC 47 (párrafo 95).

<sup>14</sup> Hay pocos casos en los que los tribunales hayan considerado la responsabilidad penal por practicar sexo oral sin revelar el VIH, pero dos casos conocidos han confirmado que, independientemente del uso del preservativo o de la carga vírica, el riesgo de transmisión no es lo suficientemente significativo como para justificar el procesamiento o la condena: *R v Edwards*, 2001 NSSC 80; *R v Murphy*, 2013 CanLII 54139 (ON SC). Esto es coherente con el consenso científico de que la posibilidad de transmisión a través del sexo oral va desde insignificante (en circunstancias muy inusuales y extremas) a ninguna: Barré-Sinoussi y otros, nota 10 supra; Loutfy y otros, nota 2 supra. También es coherente con las declaraciones tanto de la directiva federal del PPSC como de la política del BCPS en la Columbia Británica, que sugieren que es poco probable que el sexo oral justifique el procesamiento.

<sup>15</sup> Por ejemplo, *R v Felix*, 2013 ONCA 415; *R v Mekonnen*, 2013 ONCA 414. Pero véase también *R v. NG*, 2020 ONCA 494, en el que el mismo tribunal señaló que probablemente concluiría lo contrario en un futuro caso en el que se planteara esta cuestión.

<sup>16</sup> F. Barré-Sinoussi y otros, supra nota 10.

<sup>17</sup> Campaña de Acceso a la Prevención, "Undetectable = Untransmittable", disponible en [www.preventionaccess.org/](http://www.preventionaccess.org/).

<sup>18</sup> Declaración en nombre del Consejo de **Jefes de Sanidad**, 30 de noviembre de 2017, disponible en [www.canada.ca/en/public-health/news/2017/11/statement\\_on\\_behalf\\_of\\_the\\_council\\_of\\_chief\\_medical\\_officers\\_of\\_health.html](http://www.canada.ca/en/public-health/news/2017/11/statement_on_behalf_of_the_council_of_chief_medical_officers_of_health.html).

<sup>19</sup> Agencia de Salud Pública de Canadá, "El Ministro de Salud de Canadá pide el fin del estigma en el Día Mundial del SIDA", <sup>1</sup> de diciembre de 2018, <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2018/11/canadas-minister-of-health-calls-for-end-to-stigma-on-world-aids-day.html>.

<sup>20</sup> La definición de una carga viral "suprimida" como inferior a 200 copias/ml tiene su origen en el informe del Departamento de Justicia de Canadá publicado en 2017, *Criminal Justice System's Response to Non-Disclosure of HIV*, que hace referencia a un estudio científico de 2017 de la Agencia de Salud Pública de Canadá. En *Mabior*, el SCC caracterizó una carga viral inferior a 1500 copias/ml como "baja", basándose en las pruebas científicas que tenía ante sí.

<sup>21</sup> *Cuerrier*, en el párr. 129 (por Cory J. para la mayoría) [énfasis añadido].

<sup>22</sup> Por ejemplo, véase: *R. v. Edwards*, 2001 NSSC 80 en párrafos. 14-15, 17, 19 22 (la Corona tenía la carga de probar más allá de toda duda razonable que la conducta del acusado había creado un "riesgo significativo", lo que significaba en este caso "relaciones sexuales anales sin protección" con la denunciante); *R v. Agnatuk-Mercier* [2001] O.J. No. 4729 (Ont. S.C.J.) (QL) en los párrafos. 6-7 (preservativos utilizados para los actos de sexo vaginal en cuestión; el juez de primera instancia señaló que "ambos abogados están de acuerdo en que para que este tribunal lo condene, la Corona debe establecer más allá de toda duda razonable que las relaciones sexuales sin protección con él, tuvieron lugar entre las partes como se alega"); *R. v. Nduwayo*, 2006 BCSC 1972 at paras. 7-8 (instrucción al jurado de que el acusado tenía la obligación legal de revelar su condición de seropositivo a su pareja sexual en caso de relaciones sexuales sin protección, pero que no había obligación legal de revelar su condición de seropositivo si utilizaba preservativos en todo momento); *R. v. Smith*, [2007] S.J. No. 166 (Sask. P.C.) (QL) en párr. 59 (el juez de primera instancia se instruyó a sí mismo de que tenía que estar convencido más allá de toda duda razonable de que las relaciones sexuales fueron sin protección para condenar al acusado en relación con la no revelación del VIH).

<sup>23</sup> Por ejemplo, en *Policía de Nueva Zelanda contra Dalley*, [2005] 22 CRNZ 495, el tribunal, tras considerar las pruebas relativas al riesgo de transmisión, absolvió a un hombre que vivía con el VIH de los cargos de "molestia criminal" en relación con el sexo oral sin preservativo y el sexo vaginal con preservativo: en los párrafos. 46-48.

<sup>24</sup> *Mabior*, en los párrafos 70-71 [énfasis añadido].

<sup>25</sup> Justice Canada, *Criminal Justice System's Response to Non-Disclosure of HIV*, 1 de diciembre de 2017, <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/hivnd-vihnd/index.html>.

<sup>26</sup> Fiscal General de Canadá, Directiva al Director de la Fiscalía, *Canada Gazette*, Parte I, Vol. 152, 8 de diciembre de 2018, en línea: <http://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2018/2018-12-08/html/notice-avis-eng.html#n14>.

<sup>27</sup> Comité Permanente de Justicia y Derechos Humanos de la Cámara de los Comunes. *Criminalización de la no revelación del estado serológico* (junio de 2019), <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/JUST/report-28/>.



- <sup>28</sup> P. Sweeney et al., "Association of HIV diagnosis rates and laws criminalizing HIV exposure in the United States", *AIDS* 2017, 31: 1483-1488; S. Burris et al., "Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial", (2007) 39 *Ariz. St. L.J.* 467; Z. Lazzarini et al., "Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behavior", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30 (2002) 239-253; K.J. Horvath et al., "Men Who have Sex with Men Who Believe that Their State has a HIV Criminal Law Report Higher Condomless Anal Sex than Those Who are Unsure of the Law in Their State", *AIDS Behav* 2017; 21(1): 51-58, doi: 10.1007/s10461-016-1286-0.
- <sup>29</sup> P. O'Byrne et al., "HIV criminal prosecutions and public health: an examination of the empirical research", *Medical Humanities* 2013; 39(2): 85, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/medhum-2013-010366>; P. O'Byrne et al., "Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: examining HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada," *BMC Public Health* 2013; 13: 94, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/94>.
- <sup>30</sup> E. Mykhalovskiy, "The public health implications of HIV criminalization: past, current, and future research directions", *Critical Public Health* 25,4 (2015), pp. 373-385; C.L. Galletly & S.D. Pinkerton, "Conflicting Messages: How Criminal HIV Disclosure Laws Undermine Public Health Efforts to Control the Spread of HIV", *AIDS Behav* (2006) 10:451-46, doi: 10.1007/s10461-006-9117-3.
- <sup>31</sup> Justice Edwin Cameron (Tribunal Constitucional de Sudáfrica), "Stigma and the Role of Courts: The Disquieting Case of AIDS", The Honourable Mr. Justice Michael O'Byrne Lecture on Law, Medicine and Ethics, University of Calgary, Cumming School of Medicine, 20 de marzo de 2018, en línea: <http://www.seroprospect.com/wp-content/uploads/2018/04/OByrne-Lecture-Calgary-Stigma-and-the-Role-of-Courts-Tuesday-20-March-2018.pdf>.
- <sup>32</sup> B. Adam et al., "HIV Positive People's Perspectives on Canadian Criminal Law and Non-Disclosure", (2016) 31(1) *Canadian Journal of Law and Society* 1-23, DOI: 10.1017/cls.2016.3; B. Adam et al., "Impacts of Criminalization on the Everyday Lives of People Living with HIV in Canada", *Sex Res Soc Policy* 2014 11:39-49, DOI 10.1007/s13178-013-0131-8; L. Sprague & S. Strub, "The Sero Project: National criminalization survey-preliminary results", 25 de julio de 2011; C.L. Galletly & J. Dickson-Gomez, "HIV seropositive status disclosure to prospective sex partners and criminal laws that require it: perspectives of persons living with HIV", *International Journal of STD & AIDS* 2009; 20(9): 613-618, <https://doi.org/10.1258/ijsa.2008.008417>; C. Dodds & P. Keogh, "Criminal prosecutions for HIV transmission: people living with HIV respond", *Int J STD AIDS* 2006; 17: 315-8.
- <sup>33</sup> P. O'Byrne et al., "Nondisclosure Prosecutions and HIV Prevention: Results From an Ottawa-Based Gay Men's Sex Survey", *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2013; 24(1): 81-87; P. Byrne et al., "Sexual practices and STI/HIV testing among gay, bisexual, and men who have sex with men in Ottawa, Canada: examining nondisclosure prosecutions and HIV prevention", *Critical Public Health* 2013; 23:2: 225-236, DOI: 10.1080/09581596.2012.752070; P O'Byrne et al, Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: examining HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada. *BMC Public Health* 2013;13:94. Un estudio de modelización con datos de Ontario ha sugerido que el miedo a la persecución por la no revelación del VIH que han manifestado los hombres gays (no diagnosticados) "tiene el potencial de aumentar significativamente la transmisión del VIH a nivel comunitario, lo que tiene importantes implicaciones para la salud pública": M.A. Kesler et al., "Prosecution of non-disclosure of HIV status: Impacto potencial en las pruebas del VIH y la transmisión entre los hombres VIH-negativos que tienen sexo con hombres", *PLoS One* 2018; 13(2): e0193269.
- <sup>34</sup> S.E. Patterson et al., "The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the health care engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence", *Journal of the International AIDS Society* 18, 1 (2015): 20572; P. O'Byrne, "Criminal Law and Public Health Practice: Are the Canadian HIV Disclosure Laws an Effective HIV Prevention Strategy?", *Sex Res Soc Policy* (2012) 9: 70; C. Sanders, "Discussing the Limits of Confidentiality: El impacto de la penalización de la no revelación del VIH en las prácticas de asesoramiento de las enfermeras de salud pública", *Public Health Ethics* 2014; 7(3): 253-260; C. Dodds y otros, "Keeping confidence: HIV and the criminal law from HIV service providers' perspectives", *Crit Public Health* 2015; 25(4): 410-426; E. Mykhalovskiy, "The problem of 'significant risk': Exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure", *Social Science & Medicine* 2011; 73: 668-675.
- <sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud, *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women - Evidence brief* (2019), <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-evidence-brief/en/>; KJ Marshall et al., "Interventions that address intimate partner violence and HIV among women: a systematic review", *AIDS Behav.* 2018; 22(10): 3244-3263.



- <sup>36</sup> Women's Legal Education and Action Fund, *A Feminist Approach to Law Reform on HIV Non-Disclosure*, enero de 2019; ATHENA Network, *10 Reasons Why Criminalisation of HIV Exposure or Transmission Harms Women* (2009), disponible en <https://athenanetwork.org/resources.html>; International Community of Women Living with HIV (ICW), *Position Statement: Criminalización de las mujeres que viven con el VIH: Non-disclosure, Exposure and Transmission* (2015), <https://www.scribd.com/document/267526864/ICW-Position-Statement-2015-CRIMINALIZATION-OF-WOMEN-LIVING-WIV-NON-DISCLOSURE-EXPOSURE-AND-TRANSMISSION>.
- <sup>37</sup> Véase, por ejemplo, S Green et al., "Cómo reaccionan y responden las mujeres que viven con el VIH al enterarse de la ley canadiense que penaliza la no revelación del VIH: "¿Cómo demuestras que lo has contado?". *Cultura, salud y sexualidad* (2019).
- <sup>38</sup> SE Patterson et al., "The impact of criminalisation of HIV non-disclosure on the healthcare engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence", *Journal of the International AIDS Society* 2015; 18: 20572, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.18.1.20572>.
- <sup>39</sup> Por ejemplo, C. Hastings y otros, *HIV Criminalization in Canada: Key Trends and Patterns, 1989-2020* (HIV Legal Network, 2022); House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights, *Criminalization of Non-Disclosure of HIV Status* (junio de 2019), <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/JUST/report-28/>; Justice Canada, *Criminal Justice System's Response to Non-Disclosure of HIV*, 1 de diciembre de 2017, <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/hivnd-vihnd/index.html>.
- <sup>40</sup> Por ejemplo, E Mykhalovskiy et al., "'Callous, Cold and Deliberately Duplicious': Racialization, Immigration and the Representation of HIV Criminalization in Canadian Mainstream Newspapers", (22 de noviembre de 2016), <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2874409>.
- <sup>41</sup> Gobierno de Canadá, Declaración: "Minister Wilson-Raybould Issues Statement on World AIDS Day", 1 de diciembre de 2016, en línea: <https://www.canada.ca/en/department-justice/news/2016/12/minister-wilson-raybould-issues-statement-world-aids.html>.
- <sup>42</sup> Justice Canada, *Criminal Justice System's Response to Non-Disclosure of HIV*, 1 de diciembre de 2017, en línea: <http://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/hivnd-vihnd/index.html>.
- <sup>43</sup> Fiscal General de Canadá, Directiva al Director de la Fiscalía, *Canada Gazette*, Parte I, Vol. 152, 8 de diciembre de 2018, en línea: <http://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2018/2018-12-08/html/notice-avis-eng.html#n14>.
- <sup>44</sup> Fiscal General de Ontario y Ministro de Salud y Cuidados a Largo Plazo, *Declaración del Día Mundial del SIDA 2017*, 1 de diciembre de 2017, <http://clhe.ca/wp-content/uploads/Ontario-AG-and-MOHLTC-WorldAIDSDay2017statement.pdf>.
- <sup>45</sup> [Ontario] Ministerio del Fiscal General, *Crown Prosecution Manual - D. 33: Sexual Offences against Adults*, actualizado el 1 de diciembre de 2017. Disponible en [www.ontario.ca/document/crown-prosecution-manual/d-33-sexual-offences-against-adults](http://www.ontario.ca/document/crown-prosecution-manual/d-33-sexual-offences-against-adults).
- <sup>46</sup> BC Prosecution Service, "Sexual Transmission, or Realistic Possibility of Transmission, of HIV" (Transmisión sexual o posibilidad realista de transmisión del VIH), código de política SEX-2, en vigor desde el 16 de abril de 2019, en línea: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/law-crime-and-justice/criminal-justice/prosecution-service/crown-counsel-policy-manual/sex-2.pdf>.
- <sup>47</sup> La política añade que, según *Mabior*, 2012 SCC 47 (párrafo 100), la "baja carga viral" se define como menos de 1.500 copias del virus por ml de sangre.
- <sup>48</sup> Carta de Eric Tolppanen, Viceministro Adjunto, División de la Fiscalía de la Corona de Alberta, Ministerio de Justicia y Procurador General de Alberta, a Richard Elliott, Director Ejecutivo de la Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, 18 de enero de 2019, en el expediente.
- <sup>49</sup> Carta de Annick Murphy, Directrice, Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP), a Léa Pelletier-Marcotte, Coordonnatrice du Programme Droits de la personne et VIH/SIDA, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-sida), 17 de septiembre de 2019, en el archivo [traducción no oficial].
- <sup>50</sup> El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) publicó *Guidance for prosecutors on HIV-related criminal-cases* (2021), <https://www.undp.org/publications/undp-guidance-prosecutors-hiv-related-criminal-cases>.







1240 Bay Street, Suite 600, Toronto, Ontario, Canada M5R 2A7  
Téléfono: +1 416 595-1666 - Fax: +1 416 595-0094

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