

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Gestión

Maestría en Gestión del Desarrollo

Mención en Desarrollo Social

El enfoque comunitario en la política pública de salud

**Análisis de caso del Proyecto Ronda 9 de lucha contra el VIH/SIDA en el Ecuador
Periodo 2010 – 2015**

Ximena Karina Fernández Silva

Tutor: Jairo Israel Rivera Vásquez

Quito, 2020



Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Ximena Karina Fernández Silva, autora de la tesis intitulada El enfoque comunitario en la política pública de salud. Análisis de caso del Proyecto Ronda 9 de lucha contra el VIH/SIDA en el Ecuador Periodo 2010 – 2015, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Gerencia para el Desarrollo en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha. 29 de junio de 2020

Firma:

Resumen

Esta es una aproximación práctica al enfoque comunitario en las políticas públicas de salud, debate global que ha retomado vigencia en el marco de la pandemia COVID 19 y que evidencia la importancia de la innovación y el aporte estratégico de la gestión para mejorar los enfoques, herramientas y metodologías con el objetivo de alcanzar, eficiencia social.

El análisis incorpora lo comunitario en la perspectiva institucional lo que implica reconocer la capacidad de agencia de los actores sociales y su acción participativa, equitativa y dirimente a lo largo de todo el proceso, más que su calidad de sujetos receptores, población objetivo o beneficiaria.

El trabajo se enmarca en la epidemia de VIH, los hitos y el marco legal e institucional en el mundo, la región y el Ecuador considerando a el aspecto político de la misma, así como la evolución de la intervención público y corporativa hacia la incorporación progresiva de lo comunitario en una dinámica de mutuo aprendizaje. La prevención combinada es principalmente responsabilidad de los servicios médicos y de otras instituciones que articulan diferentes enfoques y disciplinas, y realizan intervenciones emergentes, continuas y estructurales, pero el enfoque comunitario incorpora a estas responsabilidades el reconocimiento a las comunidades, su configuración y fortalecimiento participativo.

A partir del estudio de caso del proyecto Ronda 9, se establecen conclusiones de proceso y se identifican recomendaciones para fortalecer los servicios de salud y la política pública sanitaria, desde la incorporación objetiva de las comunidades y los grupos clave en la gestión, promoción, prestación de servicios, monitoreo y evaluación; acceso a los servicios comunitarios relacionados, observatorios ciudadanos y capacitación con enfoque de derechos. También se establece el lugar de enunciación de las poblaciones afectadas con respecto a los agentes de intervención, sean estos públicos o no gubernamentales y los límites y potencialidades de los modelos de gestión aplicados al caso de VIH en Ecuador.

El aporte concreto de este estudio es la innovación de enfoques en políticas de desarrollo y gestión sanitaria pública, en coexistencia y con apoyo comunitario, superando esquemas técnicos, o estrictamente salubristas, ante el reto contemporáneo que significan las diversas epidemias y pandemias.

Palabras clave: Políticas Públicas; Salud; Epidemia; Gestión; Enfoque Comunitario; Implementación; VIH SIDA

Tabla de contenidos

Introducción	13
Capítulo primero Marco Teórico.....	17
1. Políticas públicas.....	17
1.1. Paradigmas de salud y política pública.....	19
1.2. Ciclo de las políticas públicas.....	23
2. El enfoque comunitario en las políticas públicas	28
2.1. Comunidad.....	29
2.2. El enfoque comunitario en salud.....	33
2.3. Lo comunitario en relación a lo institucional.....	34
Capítulo segundo El VIH y la política pública para la prevención, tratamiento y control en el contexto global y en el Ecuador	39
1. Características del VIH	39
2. La epidemia de VIH: génesis y estrategias globales de acción.....	40
2.1. La epidemia global en cifras	40
2.2. Génesis y estrategias globales de acción.....	43
2.3. Recursos para combatir la epidemia	50
3. La epidemia de VIH en el Ecuador	52
3.1. Las cifras del VIH en el Ecuador.....	52
3.2. El marco legal y la política pública para la prevención, tratamiento y control del VIH en Ecuador.....	58
3.3. Recursos financieros para la lucha contra el VIH en Ecuador.....	68
Capítulo tercero El Proyecto Ronda 9 de Lucha Contra el VIH/SIDA en el Ecuador y el enfoque comunitario.....	71
1. El Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta al VIH/SIDA	71
2. Proyecto Ronda 9 de lucha contra el VIH/SIDA	75

2.1. Identificación y análisis de actores	78
3. El enfoque comunitario en el Proyecto Ronda 9	85
3.1. La comunidad concernida por el VIH/SIDA	85
3.2. Agenda	88
3.3. Formulación	91
3.4. Implementación.....	93
3.5. Seguimiento y evaluación	96
Conclusiones	101
Lista de referencias.....	105
Anexos.....	111
Anexo 1. Formato de entrevista a profundidad	111
Anexo 2. Listado de expertos entrevistados	113

Figuras y tablas

Figura 1. Paradigmas de la salud.....	22
Figura 2. Ciclo de la política pública	23
Figura 3. Ciclo de la política pública y herramientas de planificación	27
Figura 4. Esquema básico de la imagen egocéntrica de la sociedad	29
Figura 5. Una figuración de individuos interdependientes	30
Figura 6. Número de muertes relacionadas con el SIDA, América Latina 2000-2018.....	41
Figura 7. Cantidad de nuevas infecciones por VIH, América Latina 2000-2018	42
Figura 8. Distribución de nuevas infecciones por VIH (de 15 a 49 años) por grupo de población, América Latina 2018	42
Figura 9 Principios para la planificación de las respuestas de prevención de VIH.....	47
Figura 10. Enfoque de prevención combinada.....	48
Figura 11. Disponibilidad de recursos de VIH por fuente, América Latina 2010-2018 y necesidades de recursos proyectados para 2020.....	51
Figura 12. Cambio en el porcentaje de nuevas infecciones por VIH por país, América Latina 2010-2018.....	52
Figura 13. Prevalencia del VIH en algunos países de Latinoamérica en personas entre 15 y 49 años de edad en 2016 tomado del Ministerio de Salud Pública 2018.	53
Figura 14. Tasa de incidencia del VIH en América Latina, año 2016 en	53
Figura 15. Número de casos de VIH/SIDA entre 1984-2018	54
Figura 16. Tasa de mortalidad relacionada al SIDA por cada 100.000 habitantes entre 1984-2017.....	55
Figura 17. Número de casos de VIH/SIDA por provincia y sexo, año 2018	56
Figura 18. Desembolsos del Fondo Global para VIH a Ecuador por año	69
Figura 19. Organigrama de funcionamiento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA - ITS	72
Figura 20 Componentes del PEM y su relación con los lineamientos de ONUSIDA	73
Figura 21 Mapa de actores e interrelaciones	83
Figura 22. Presupuesto del Programa MSP: acumulado, gastos y desembolsos a marzo del 2016	97

Figura 23. Presupuesto del Programa Corporación Kimirina: acumulado, gastos y desembolsos a marzo del 2016 98

Tabla 1 Dimensiones comunitarias	32
Tabla 2 Características del Mundo Comunitario y el Mundo Institucional	35
Tabla 3 Indicadores globales de la epidemia de VIH.....	40
Tabla 4 Situación de la epidemia en América Latina y el Caribe 2017	49
Tabla 5 Resultados del Ecuador en relación a la Estrategia 90-90-90	57
Tabla 6 Línea de tiempo de la epidemia de VIH/SIDA	65
Tabla 7 Recursos para el combate del VIH por fuente.....	68
Tabla 8 Resumen de los Proyectos Financiados por el Fondo Global en el Ecuador – Componente VIH	70
Tabla 9 Comparación de los sectores prioritarios	74
Tabla 10 Desembolsos Proyecto Ronda 9	76
Tabla 11 Programación Plurianual 2011 – 2012 – 2013 por fuente de financiamiento del PEM	77
Tabla 12 Subreceptores comunitarios	81
Tabla 13 Subreceptores institucionales	82
Tabla 14 Gastos del Proyecto a cargo del MSP	97
Tabla 15 Gastos del Proyecto a cargo de Kimirina	98

Introducción

La gestión para el desarrollo como disciplina se orienta a la innovación y aporte estratégico para mejorar los enfoques, las herramientas y las metodologías de gestión con el objetivo de alcanzar, no solamente la eficiencia técnica, sino sobre todo la eficiencia social de las herramientas metodológicas. La presente investigación aporta con elementos prácticos para fortalecer el enfoque comunitario en las políticas públicas de salud, por ello, el objetivo general de este trabajo es analizar los potenciales y limitaciones del enfoque comunitario en el caso del Proyecto Ronda 9 de Lucha contra el VIH/SIDA en el Ecuador que se ejecutó en el periodo comprendido entre el 2010 y el 2015.

Para este fin se entiende como política pública a aquellas acciones que son un medio para generar el cambio social; se enfatiza en el carácter de proceso que tienen las políticas públicas y en la necesidad de que participen tanto actores estatales como no estatales, entre ellos, la comunidad; y finalmente, se conciben como fruto de un proceso político de negociación, por ello, es importante tanto lo que queda dentro de la política pública como lo que es descartado.

Adicionalmente, se considera el enfoque de la política pública desde el ámbito de la salud en el momento histórico en el que se desarrolló el Proyecto Ronda 9 en el país, que tiene como pilares la atención primaria que apuesta por la participación y el empoderamiento ciudadano para tomar decisiones que afectan su calidad de vida y, la promoción que pone énfasis en mecanismos de movilización social y en alianzas estratégicas entre actores públicos y privados (Velasco 2007).

Finalmente, el enfoque comunitario es una propuesta basada en la experiencia internacional que demuestra que las estrategias comunitarias son muy efectivas en la lucha contra enfermedades como la tuberculosis, la malaria y las dependencias a sustancias como el alcohol y las drogas. Las comunidades, a través de los mecanismos entre pares, ejecutan parte de la política pública para la generación de información, estrategias de prevención y detección temprana del VIH, como en el diagnóstico, tratamiento y apoyo de los pacientes seropositivos.

La forma más sencilla de analizar las políticas públicas es identificando las fallas en relación a los momentos más relevantes del proceso, teniendo el ciclo de la política pública como el primer marco de análisis. Estos momentos se resumen en: la etapa de *agenda*, cuando

se define el problema público, las causas, las soluciones y las alternativas de solución; la etapa de *formulación* cuando se realiza el diagnóstico, se definen los objetivos estratégicos y se diseñan los planes operativos de una intervención; la fase de *implementación* cuando se ejecutan las actividades y se proveen los servicios previstos enfocados a generar resultados de desarrollo; la etapa de *seguimiento y evaluación* en la que se vigila la ejecución y su concordancia con lo planificado y se identifican dificultades, retrasos o efectos no deseados en las políticas públicas. El concepto de fallas de las políticas públicas se refiere a estas dificultades, retrasos o efectos no deseados, y en el presente trabajo se abordan desde un enfoque comprensivo y normativo, es decir se describe la realidad empírica para formular recomendaciones.

Desde el punto de vista práctico, al analizar las ventajas y desventajas de la ejecución de la política pública, se contaría con insumos locales para el diseño y gestión adecuados de las estrategias que incorporen el enfoque comunitario. Esto a su vez aumenta la posibilidad de que los recursos invertidos tengan resultados positivos y las estrategias tengan mayor impacto, por lo tanto, el Estado tiene herramientas para ser más eficiente. Analizar un caso concreto y bien documentado como el de la ejecución de la Ronda 9 en VIH, arrojaría hallazgos metodológicos que, sistematizados académicamente, contribuyan referencialmente a otras políticas públicas con enfoques comunitarios, sean de VIH o de cualquier otra naturaleza.

El enfoque metodológico utilizado para el presente estudio parte del postpositivismo cuyo autor Donald T. Campbell (citado por Patton 2002) plantea que se debe hacer investigaciones desde diferentes enfoques y en distintos modelos para tener una base confiable para la toma de decisión en el ámbito de las políticas y programas sociales pues la discrecionalidad es inevitable en la ciencia, probar las relaciones de causa-efecto con certeza es problemático y dado que el conocimiento deviene de un momento histórico, por tanto, es relativo y todos los métodos son imperfectos por sí solos. Por esta razón se combinan datos cuantitativos y cualitativos que, por un lado, describen el fenómeno de estudio y, por otro, le proveen de significados. Se pone mayor énfasis en el aspecto cualitativo debido a que, en palabras de Taylor y Bogdan (1987), este enfoque procura comprender a las personas en su propio marco de referencia, valora las distintas perspectivas especialmente la de los grupos no oficiales o con poder y trata de poner en el centro de la investigación al ser humano. Este enfoque es particularmente útil para la evaluación de políticas públicas con énfasis en la etapa de implementación puesto que, como dice Patton (2002) a menos que una política o programa se esté ejecutando de acuerdo al diseño, es muy difícil que se alcancen los resultados esperados.

La presente investigación es de carácter descriptivo, en tanto recoge información básica sobre las estrategias para implementar las políticas públicas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA, pretende indagar en las conductas de los actores relacionados con la implementación de la política y generar aprendizajes para la aplicación de nuevos programas relacionados.

Es un estudio transversal, enfocado en el período 2000 – 2015 debido a que en el año 2000 se emite la Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/SIDA, que implica el reconocimiento de la enfermedad como un problema de salud pública y el Plan Estratégico Multisectorial 2007 – 2015 fue el último instrumento planteado para la lucha contra el VIH.

Para el análisis se aplicó una estrategia inductiva descrita por Patton (2002) como la inmersión en los detalles y particularidades de los datos para descubrir patrones importantes, temas e interrelaciones; que primero explora y luego confirma. Parte de principios analíticos y no por reglas y genera síntesis creativas. Se trabajó con base en un estudio de caso que contiene información rica e ilustrativa debido a que el objetivo final es la comprensión del fenómeno a profundidad y no la generación de leyes o patrones derivados de él.

La unidad de análisis es el enfoque comunitario de la política pública de prevención y atención del VIH/SIDA y la unidad de recolección de datos son los actores involucrados en el ciclo de la política pública.

La investigación se basa en la sistematización y análisis de información secundaria que proviene de documentos relacionados con la legislación específica, datos históricos de la epidemia y su respuesta, documentos del proyecto e informes de gestión de todos los actores del Proyecto VIH – Ronda 9 y artículos académicos y no académicos sobre el enfoque comunitario en la lucha contra el VIH. Estos datos representan el discurso oficial de cada uno de los actores y el marco teórico, legal e institucional en el que la política se desarrolló. Como complemento, se analiza también información cuantitativa en relación a la evolución y características de la epidemia de VIH y de las estrategias para la prevención, tratamiento y control en el Ecuador. Adicionalmente, se realizaron cinco entrevistas a profundidad aplicadas a expertos referentes de la lucha contra el VIH desde espacios técnicos, artísticos y comunitarios cuyo detalle se encuentra en el Anexo 2. Esta información es complementaria en tanto presenta la versión no oficial del proceso de implementación del enfoque comunitario que permite triangular los datos y garantizar la validez de los resultados. La selección de entrevistas se realizó procurando que el aporte testimonial cumpla con dos criterios 1) diversidad de

perspectivas tanto como agentes directos como beneficiarios directos e indirectos del proyecto y; 2) Cuya trayectoria o producción de contenidos demuestre un enfoque comunitario. La muestra de cinco sujetos de entrevista responde a un criterio metodológico de relación directa y sostenida con el proyecto Ronda 9, durante el tiempo de evolución que se registra en el análisis. Con estos parámetros se contextualizó el cuestionario en estricta referencia al objeto de análisis.

Para cumplir con los objetivos planteados, el documento se ha organizado en tres capítulos con las siguientes características. El primero presenta el marco teórico y los conceptos de políticas públicas, políticas públicas de salud, el ciclo de las políticas públicas y el enfoque comunitario. En el segundo capítulo se detalla el contexto en el que desarrolla el Proyecto Ronda 9, la discusión respecto a la concepción de la epidemia de VIH como una epidemia política, la evolución de la epidemia y la situación legal, institucional y social en el Ecuador, hasta llegar al Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta al VIH/SIDA que es el marco en el cual se diseña e implementa el Proyecto Ronda 9. En el tercer capítulo se profundiza en el análisis y en la identificación de las fallas de la política pública respecto al enfoque comunitario en el Proyecto Ronda 9 tomando como marco de referencia el ciclo de la política pública. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo primero

Marco Teórico

En este primer capítulo se resumen los principales conceptos que guiarán el posterior análisis del enfoque comunitario en la política pública de salud del Ecuador, a partir del caso del Proyecto Ronda 9 de lucha contra el VIH/SIDA. Para ello, se presenta, por un lado, la definición política de la epidemia de VIH y, por otro lado, los conceptos de políticas públicas, políticas públicas en salud y el ciclo de la política pública, comunidad y enfoque comunitario en relación al tema central.

1. Políticas públicas

Para definir la política pública se ha tomado como base el análisis que Roth Deubel (2014) hace de ellas. En un primer momento (años 50 y 60) las políticas públicas se asociaron con los resultados de la acción de los gobernantes y su análisis tuvo un enfoque normativo, orientado a generar políticas eficaces y eficientes. Cuando la política pública es pensada desde sus fines, su gestión implica acción sobre el mundo; por citar un par de ejemplos, Mény y Thoenig (1992, 5) definen a la política pública como “el estudio de la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad” y Dubnick y Bardes (1983, 7) puntualizan que la política pública “está constituida por las acciones gubernamentales, lo que los gobiernos dicen y lo que hacen en relación a un problema o una controversia”.

Como se ve, según estos primeros pensadores, el énfasis está en el papel protagónico del Estado en la generación del cambio, pero en los años 80 surge la discusión de que existen otros actores que intervienen en estos procesos y por tanto las políticas públicas trascienden el ámbito estatal y público, por ejemplo, Deborah Stone define la política pública como “algo que las comunidades tratan de realizar en tanto comunidades” (2002, 18).

Al incorporar a otros actores en el análisis de las políticas públicas, se introducen temas que tradicionalmente no fueron tomados en cuenta como las relaciones de poder, los intereses de las partes, los mecanismos de negociación, en resumen, se contempla la política en las políticas públicas. Esto genera un enfoque explicativo cuyo objetivo principal es revelar cómo

y quién diseña y ejecuta las políticas públicas. Roth analiza la postura de Jean Jacques Lagroye en los siguientes términos:

El Análisis de las Políticas Públicas tuvo, y sigue teniendo como uno de sus objetivos principales la identificación concreta de los actores que intervienen en un proceso de definición, de decisión y de implementación de una política buscando poner a la luz las posiciones, intereses y objetivos de estos (Roth 2014, 15).

En este contexto, las políticas públicas son una expresión de la relación política y las apreciaciones subjetivas que tienen los actores involucrados. Otros autores ponen énfasis en el hecho de que una política pública no es simplemente una solución a un problema, sino también una expresión de la relación política y las apreciaciones subjetivas que tienen los autores.

... una propuesta de política no es políticamente neutra en términos de distribución y repartición de valor, y puede enfrentar respuestas considerables. Podemos considerar que por cada propuesta que tiene éxito, hay un gran número que dejan de existir (Zittoun 2015, 245, traducción propia).

En la cita anterior, además de lo dicho, Zittoun apunta la importancia de lo no hecho, lo no dicho, los actores no visibilizados y las ganancias y pérdidas que existen en cada proceso. Lo mismo podría aplicarse tanto a las maneras como se diseñan y ejecutan las políticas públicas como a los actores que participan del proceso. Un proceso de diseño técnico e institucionalizado que privilegia la aplicación de metodologías y sistemas, la utilización de información cuantitativa y el cumplimiento de plazos legales, frecuentemente se opone a un proceso participativo que privilegia la discusión y el consenso, la experiencia de los actores y que por lo tanto es más flexible; en la práctica, esta decisión muestra el punto de partida y los valores implícitos en el proceso. Finalmente, el solo hecho de que haya grupos que no están convocados al proceso de diseño e implementación, a pesar de estar concernidos por los temas de los que se trata, también da luces sobre los vacíos en la propia política pública.

Resumiendo, la política pública será entendida en el presente trabajo desde sus principales características: primero, es un medio para generar un cambio social; segundo, es un proceso en el que participan tanto actores estatales como no estatales, entre ellos, la comunidad; tercero, es fruto de un proceso de político de negociación; y cuarto, tanto lo que queda dentro de la política pública como lo que es descartado es importante.

1.1. Paradigmas de salud y política pública

La concepción de la salud ha marcado las estrategias para abordarla en la práctica. En América Latina hay tres momentos importantes, el primero que concibe a la salud como un estado de bienestar y que genera un modelo de salud tradicional basado en el Estado y el individuo; un momento de transición en el que se incorpora la discusión sobre la comunidad; y, finalmente, un nuevo paradigma basado en la salud comunitaria. Esta evolución coincide con el diseño y replanteamiento del modelo de atención primaria de salud. A continuación, se desarrolla las características e implicaciones en la política pública de estos tres momentos.

El paradigma clásico o tradicional de salud en América Latina está basado en el concepto de salud propuesto por Andrija Stampar que consta en el Acta Constitución de la Organización Mundial de la Salud en el que se define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 1946). Cabe resaltar la inclusión del bienestar social en este concepto y, por tanto, la relación con el estado de bienestar, aunque algunos autores han criticado el carácter subjetivo y estático del concepto (Velasco 2017, 13).

Otro enfoque que ha marcado las políticas públicas en la región incluido en el mismo documento, considera que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción” (OMS 2014, 7) y que los Estados son los responsables del fomento y protección de la salud, de ahí la importancia de las políticas públicas y su relación con el aparato institucional.

Otro debate digno de tener en cuenta es el de la salud colectiva versus la salud individual, corriente también conocida como medicina social o nueva salud pública que se dio alrededor de los años 70 y 80. Las principales críticas a la mirada exclusivamente médica se centran en la reducción del fenómeno de salud a la enfermedad, los fenómenos observables y la explicación de las relaciones de causa efecto basada en la asociación de fragmentos de la realidad. En contraposición, la medicina social nos plantea que la salud debe incorporar un enfoque colectivo, multisectorial y amerita una visión integral que vaya de lo singular a lo particular y de aquí a lo general, es decir, del ámbito familiar, al grupo social y de aquí a la sociedad como totalidad.

Desde esta perspectiva, los grupos sociales tienen un modo de vida (trabajo, consumo y acceso a servicios, organización colectiva, subjetividades, identidad y relaciones simbólicas y

modos de relacionarse con el entorno). Si esas condiciones entran en crisis, esto va a tener un impacto directo en la salud de sus integrantes.

Quando una clase social y sus grupos étnicos entran en un proceso de crisis, es porque sus condiciones de reproducción se ven afectadas, lo cual determina deterioros típicos en los modos de vida y sus componentes. Dicho proceso implica el acentuamiento de los procesos destructivos y un máximo esfuerzo por alentar las defensas, soportes y, en definitiva, recursos colectivos de afrontamiento, es cuando se maximizan las consecuencias negativas en la salud familiar. (Breilh 2002, 4)

Desde otra perspectiva, Saforcada, de Lellis y Mozobancyk (2010), también consideran que hasta la década de los 70 el paradigma de salud pública estaba basado en el individuo y tenía un carácter mecanicista, positivista, reduccionista y biopatológico o psicopatológico. La noción de bienestar se tradujo a los conceptos de enfermedad y muerte, por tanto, enfocada en el tratamiento y curación. El diseño y ejecución de las políticas públicas en este contexto, estaba en manos de funcionarios públicos, legitimados por el hecho de ser parte de las instituciones formales y por su capacidad técnica.

Según las autoras, en los años 70 se dio un giro que no significó un cambio de paradigma sino lo que se llama un periodo de transición; el modelo mantiene la preponderancia del equipo de salud y la gestión de la enfermedad, pero se incluyó a la comunidad como colaboradora o participante en la ejecución de las políticas públicas. Una muestra de ello es que la Organización de Naciones Unidas en la Declaración de Alma Ata (1978), propone la Estrategia de Atención Primaria de Salud para incorporar a la comunidad y garantizar salud para todos.

Según Tejada de Rivero (2013) la palabra *primaria* fue mal entendida, debido a la traducción de *primary health care* como atención primaria de salud. El resultado fue el diseño y prestación de servicios médicos elementales y de mala calidad en los cuales existen proveedores y receptores. Por lo tanto, la aplicación del mecanismo fue, según el autor, incompleta, puesto que la palabra *primaria*, no se refiere a lo anterior sino a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario. El autor define la atención primaria de salud como sigue:

Es un proceso social eminentemente participativo, a través del cual los proveedores de servicios *devuelven* a la propia población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva [...] Es un proceso social y político – en el verdadero sentido de la palabra *política*, en el cual las decisiones están en manos de la propia población, con el apoyo de información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones (Tejada de Rivero 2013, s/p).

Los principales componentes de la atención primaria son: acceso universal, organización y participación de la comunidad, movilización social; acción intersectorial; financiamiento y tecnología; recursos humanos; e integralidad. Desde el punto de vista de la comunidad, esto implica soporte y responsabilidad, además de su capacidad para decidir qué es lo aceptable para el colectivo.

Para corregir de alguna manera las deficiencias encontradas en la implementación del modelo de atención primaria de salud, se desarrolla un concepto complementario que es el de la promoción de la salud, impulsado también por Naciones Unidas a través de la Carta de Ottawa (1986). La promoción de la salud pone énfasis en la necesidad de “procesos que favorecen el control de los individuos sobre el conjunto de factores que determinan su propia salud, así como la salud colectiva y ambiental” (Laspina 2007, 294) y está centrado en la prevención. En el instrumento se definieron cinco aspectos fundamentales sobre los cuales se debería trabajar en la promoción: las políticas públicas sanas, entornos propicios, acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales para la vida y la reorientación de los servicios de salud (OPS 2002, 177). Esta estrategia centra su atención en los comportamientos culturales de la población y considera a la escuela como un espacio privilegiado para generar hábitos saludables.

Una de las características más relevantes de estos enfoques es que su ejecución depende de una agenda consensuada entre el Estado y la comunidad, mediada por organizaciones de la sociedad civil. Según Velasco (2007), el enfoque de atención primaria apuesta por la participación y el empoderamiento ciudadano para tomar decisiones que afectan su calidad de vida, la promoción pone énfasis en mecanismos de movilización social y en alianzas estratégicas entre actores públicos y privados.

Según las OMS (2017, 48) “el empoderamiento comunitario es el proceso de apropiación individual y colectiva de los programas de respuesta por parte de las personas para adoptar medidas concretas para superar los obstáculos sociales y estructurales respecto a la salud y a los derechos humanos”. Esto hace posible que las intervenciones en salud tengan un mayor alcance, mejoren su efectividad, lleguen a la población clave y funcionen hasta un nivel estructural.

Finalmente, según Saforcada, de Lellis y Mozobancyk, el cambio definitivo del paradigma de salud tradicional al de salud comunitaria se da en la primera década del nuevo milenio y es hacia el modelo de salud comunitaria que, según Stolkiner y Solitario (2007),

coincide con el esfuerzo de los gobiernos de Latinoamérica por recuperar el Estado y afrontar los problemas de inequidad y pobreza generados por el enfoque neoliberal. En este contexto se retoma la Atención Primaria en Salud y se introduce el concepto de determinantes sociales en salud.

En el cuadro a continuación se resumen las principales características de los dos paradigmas.

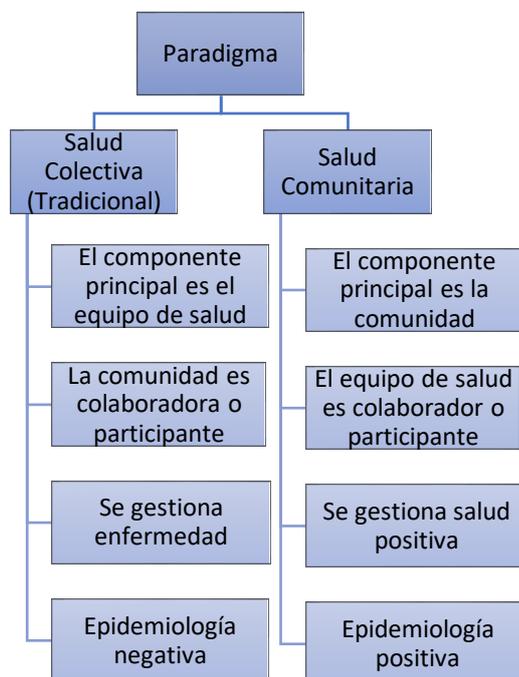


Figura 1. Paradigmas de la salud

Fuente y elaboración: Saforcada, de Lellis y Mozobancyk 2010, 51

Sin embargo, el paso de un modelo tradicional centrado en la enfermedad a uno centrado en la salud no ha sido ni automático ni completo, al respecto Saforcada, de Lellis y Mozobancyk señalan que:

Indoafroiberoamérica es un conjunto de sociedades en las cuales, cada día más, se va profundizando la brecha que separa, por un lado la incomprensión de los procesos de la vida en términos neoliberales deshumanizados y, por el otro, una comprensión integradora, holística y sistémica que día a día va incrementando sus logros conceptuales y prácticos a la vez que avanza en su esclarecimiento ideológico y político (2010, 49).

En lo que concierne al tema del presente trabajo, el enfoque comunitario tendría su origen en los años 70, su auge a partir de la primera década del nuevo milenio y su concreción

en el modelo de atención primaria de salud y en la estrategia de promoción de la salud, por tanto, el Proyecto para la Ronda 9 fue diseñado y ejecutado en este contexto.

1.2. Ciclo de las políticas públicas

La forma más sencilla de analizar las políticas públicas es identificando los momentos más relevantes y segmentando el proceso. A continuación, se presenta el ciclo de las políticas públicas con énfasis en la fase de implementación o gestión que es en la que se pone a prueba el diseño y la hipótesis de política, para generar cambios en la ciudadanía.

Varios autores (Jann y Wegrich 2007, 43, Roth Deubel 2014, 83) citan el ciclo de la política pública de Laswell como el primer marco de análisis, el más popular e influyente. Las etapas propuestas en el modelo básico del autor se grafican a continuación:



Figura 2. Ciclo de la política pública
Fuente: Jann y Wegrich 2007 y elaboración propia

Agenda

El primer momento del ciclo, corresponde a la definición de una situación insatisfactoria y su inclusión en la agenda pública y del gobierno. Para ello es necesario que el problema esté bien definido, que sus causas sean determinadas, que se planteen varias opciones para solucionarlo y que se vea la necesidad de la intervención gubernamental. Ahora bien, este puede

ser un proceso técnico o puede ser un proceso resultante de la organización de la ciudadanía, dependiendo del contexto y de los mecanismos que se desarrollen para la definición de la agenda.

Para Tapia et al. (2010), se debe diferenciar claramente la agenda pública de la agenda gubernamental. La agenda pública contiene problemas que afectan a muchas personas y esta afección produce que las personas indirectamente afectadas, se consideren concernidas. La comunidad, a través de los mecanismos de opinión pública, posiciona los temas y exige soluciones.

Por otro lado, la agenda de gobierno consiste en los temas priorizados por los gobernantes, “se plantea tomar acción, leyes, y otro tipo de acciones gubernamentales de los que las instituciones públicas o autoridades son responsables” (Tapia et al. 2010, 38). Según Parsons (2007) la agenda se forma cuando se conecta un tema con una institución del sistema público, es decir, cuando se define un responsable para su tratamiento.

Un problema pasa a ser parte de la agenda de gobierno porque proviene de la agenda pública, por lo tanto, es legítimo; porque el público concernido presiona o incide para que los problemas identificados en la agenda pública sean atendidos por el gobierno; porque el gobierno los posiciona para legitimar una intervención estatal. En el ciclo de las políticas públicas esta diferenciación es importante, y marca el desarrollo de los otros momentos.

Formulación

La etapa de formulación y toma de decisiones consiste en el diseño de una estrategia para solucionar el problema identificado en la etapa anterior. Para ello se realiza un proceso de definición de objetivos, identificación y selección de alternativas y diseño de la intervención. La planificación estratégica y operativa juega un papel fundamental en esta etapa porque responde a tres preguntas:

- ¿Dónde estamos? Que corresponde con el diagnóstico y la línea de base.
- ¿A dónde queremos ir? que sistematiza la mirada estratégica y los objetivos de mediano y largo plazo; y
- ¿Cómo podemos llegar? Que corresponde a la estrategia operativa para llegar al escenario deseado.

La planificación operativa implica el diseño de productos, servicios y actividades que la institución responsable del problema debe desarrollar para aportar a su solución.

Para que la planificación sea pertinente, viable y legítima es necesario que parta de un proceso técnico y de participación ciudadana.

Implementación

El tercer momento del ciclo corresponde a la implementación propiamente dicha que consiste en la ejecución de los programas o proyectos orientados a incrementar el capital social, la ejecución de procesos propios de las instituciones y la provisión de servicios públicos.

Según DeLeon y DeLeon (2002, 469), el análisis de la fase de implementación o gestión de las políticas públicas ha pasado por tres momentos importantes:

- a) En un primer momento proliferaron los estudios de casos que tenían como objetivo identificar los problemas en la implementación de una política específica.
- b) En un segundo momento, la discusión en torno a la dicotomía entre el enfoque *top-down* y *bottom-up* que generó dos tipos de análisis distintos. El primero analiza las políticas públicas desde la perspectiva de la cadena de mando y los mecanismos de control durante la fase de implementación, por tanto, se centra en el técnico que diseña la política pública; el segundo se centra en los técnicos que ejecutan los programas y proyectos y en los intereses comunitarios y parte de una lógica más democrática.
- c) El énfasis en los comportamientos variables de los agentes a lo largo del tiempo, de las políticas y de las unidades que ejecutan los programas y proyectos, con el objetivo de predecir el comportamiento futuro de una política y diseñar mejores estrategias de implementación.

Estos momentos coinciden con la evolución de las políticas públicas, que como se había visto, primero estaban centradas en la efectividad, luego se preocuparon por los actores que intervenían, especialmente por los no estatales y finalmente, por las relaciones que se establecen entre estos actores.

Durante las últimas décadas, el sector público ha incorporado en su modelo de gestión prácticas útiles del sector privado, las mismas que han generado mayor eficiencia en la gestión de sus procesos y proyectos y en el cumplimiento de sus objetivos. Este nuevo enfoque se ha

denominado *Nueva Gerencia Pública*, surge del pensamiento económico neoclásico de la escuela austriaca con autores como Ludwig von Mises (1994) y Friedrich Hayek (1967) y de la discusión de la *public choice* estadounidense con exponentes como Gordon Tullock (1965), Vincent Ostrom (1974) y William Niskanen (1971); otro importante expositor es el tratadista de la administración de los negocios privados Peter Drucker en los años 70 pero se posiciona en América Latina en los años 90.

En resumen, la NGP propone: “1) Establecer mercados intragubernamentales y orientar al gobierno hacia el consumidos, no hacia el ciudadano; 2) Desarrollar la competencia en la provisión de bienes y servicios públicos y 3) Introducir al *espíritu empresarial* en el gobierno” (Guerrero 2003, 381). Según algunos autores, esta corriente surge como una alternativa a la concepción de la administración pública weberiana que es vertical y jerarquizada –arriba está el Estado y abajo la ciudadanía–, regida por la ley y homogenizante en sus criterios. Desde la perspectiva de Roth (Rivera 2019), la NGP propone reemplazar al estado por el mercado. Por tanto, tiene mayor énfasis en la eficiencia económica y la competitividad, pero la principal dificultad de la NGP está en combinar la concepción de mercados competitivos con bienes y valores públicos “lo que promueve el Estado no siempre puede ser medido en términos de eficiencia, ya que la actividad pública no puede ser medida fácilmente desde una perspectiva contable”. Añade que “la eficiencia a corto plazo de la gestión privada no significa necesariamente eficiencia en el largo plazo” y que “la corrupción también afecta a la empresa privada” (Rivera 2019, 226).

Entre los puntos positivos de la NGP se apuntan dos, el enfoque en los resultados y no en los procedimientos burocráticos y la participación de la ciudadanía, aunque reducida al papel de cliente, en oposición a la concentración de saberes en la tecnocracia y la administración pública centralizada y autónoma.

Uno de los cambios más relevantes en la forma de gestionar las instituciones públicas, es el enfoque por resultados, más allá de la mera ejecución de tareas, gasto financiero y creación de productos. Para esto, gestores públicos, académicos y organizaciones internacionales han trabajado en metodologías de gestión para resultados de desarrollo (GRD) orientadas a la administración de procesos para la creación de valor público.

La GRD se entiende como un conjunto de herramientas y metodologías que orientan la acción de los actores públicos hacia la generación de valor público. La creación de valor público se refiere a los cambios sociales observables y medibles en respuesta a las necesidades y/o

demandas sociales y se da a través de programas y proyectos que generan bienes y servicios, los cuáles hipotéticamente generarán un impacto en la sociedad (García López y García Moreno 2010). Esto implica que el accionar gubernamental, especialmente el proceso de asignación de recursos se enfoca hacia el cumplimiento de resultados de manera eficiente – al menor costo posible–, y eficaz – cumplimiento de objetivos en tiempo, costo y calidad–. Para ello debe ser coherente, pertinente y suficiente.

Si se analizan las fases de agenda, formulación e implementación articuladamente, se encuentra que: en la fase de agenda se definen los objetivos de desarrollo y las líneas de política pública, en la fase de formulación se operativiza y se diseñan los planes, programas y proyectos que en la fase de implementación se ejecutan para alcanzar los objetivos estratégicos.

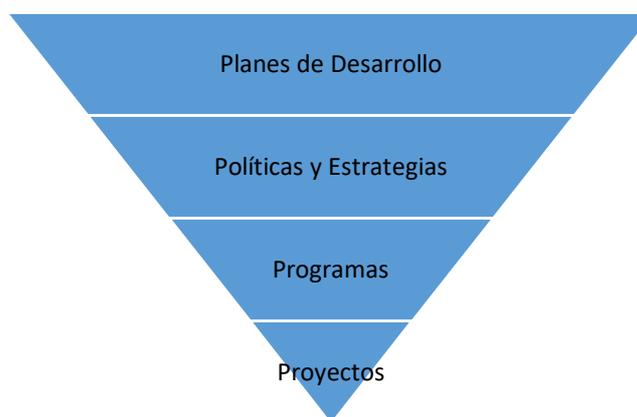


Figura 3. Ciclo de la política pública y herramientas de planificación
Fuente y elaboración propia

Seguimiento y Evaluación

Finalmente está el momento de evaluación y cierre o rediseño de la política basado en la identificación de los problemas (Jann y Wegrich 2007).

El seguimiento es un proceso concomitante a la implementación y está orientado a la vigilancia con el objetivo de que los programas, proyectos y actividades operativas se ejecuten de acuerdo con lo planificado; sugieren acciones correctivas y preventivas; y, contribuyen de manera efectiva a la generación de valor público.

La evaluación por su lado tiene diferentes objetivos, según el momento en que se realice. La evaluación ex ante sirve para definir a priori el costo-beneficio de las acciones públicas, por lo tanto, es útil para el diseño y priorización de proyectos. La evaluación intermedia se utiliza

para entender las razones por las cuales una intervención no está avanzando de acuerdo con lo planificado e identificar nudos críticos. Finalmente, la evaluación de impacto sirve para determinar si los productos, programas o proyectos generaron los resultados de desarrollo esperados, emitir juicios sobre las razones por las que los resultados se lograron o no, estudiar el proceso lógico que se ha implementado para conseguir los resultados y proporcionar recomendaciones para acciones futuras.

Para la evaluación debe tomarse en cuenta, además de la fase en la que se realiza, los elementos de la política pública que se van a analizar, esto es, si se va a centrar en la finalidad, los instrumentos y/o en la participación de diversos actores. Mediante el análisis se encontraron dificultades, retrasos o efectos no deseados en el ciclo de las políticas públicas, que se conocen como fallas.

Las fallas de las políticas públicas se entienden desde dos enfoques: a) comprensivo, es decir que describe la realidad empírica; y, b) normativo, es decir orientado a la formulación de recomendaciones.

El enfoque privilegiado en el presente trabajo es el comprensivo, que se refiere a las siguientes:

- a) La falta de coherencia entre los resultados esperados y los resultados logrados.
- b) La emergencia de resultados inesperados durante la implementación de la política, que producen un cambio incremental.
- c) La exclusión de una o más opciones de la agenda oficial, sea durante la fase de formulación de la política o durante la selección de alternativas.

2. El enfoque comunitario en las políticas públicas

En este apartado se pondrá énfasis en el concepto de comunidad y enfoque comunitario y en el papel de este último en el ciclo de las políticas públicas.

Martínez Ravanal (2006, 9-10), trata al enfoque comunitario como un modelo metodológico en tanto es una herramienta aplicable, transversal y transdisciplinaria que se refiere básicamente a la incorporación de la comunidad como actor de primer orden en todo el ciclo de cualquier acción pública, como son las políticas públicas, programas y proyectos orientados a obtener cambios. Esta incorporación implica la interacción del mundo institucional y el mundo comunitario que son esencialmente distintos, por lo tanto, los dos actores deben

estar preparados. Según el autor “una institucionalidad con una arquitectura muy tradicional y burocrática de funcionamiento obstaculiza y distorsiona en su lógica y espíritu el despliegue de estrategias comunitarias” (2006, 13).

2.1. Comunidad

Para entender la relación de institucionalidad y comunidad, primero hay que ahondar en el concepto de comunidad. Sociedad, comunidad y familia, como todas las categorías sociológicas, no son hechos fácticos objetivos y aprehensibles, sino conceptos relacionales, muchas veces normativos, que surgen en un contexto determinado. Norbert Elias inicia su obra *Sociología Fundamental* (1970) planteando una crítica a los conceptos clásicos de la sociedad y del mundo social por considerar que plantean una mirada egocéntrica en donde el hombre es el centro y el mundo social es un espacio externo al individuo (deshumanizada), que se plantea en términos de objeto de conocimiento (objetivizada) y aislado del contexto (autoreferenciada). Esta concepción dificulta la comprensión de los espacios sociales pues oculta su verdadera naturaleza y niega el cambio social.

La sociedad que, con tanta frecuencia se opone mentalmente al *individuo*, está integrada totalmente por individuos y uno de esos individuos es uno mismo. Pero nuestro lenguaje y nuestros conceptos están configurados en gran medida como si todo lo que queda fuera de la persona individual tuviese carácter de *objetos* y, además, como suele pensarse, carácter de objetos estáticos (Elias 1970, 13-14).

En esta concepción, el individuo está separado por una barrera del campo y se representa gráficamente de la siguiente manera.



Figura 4. Esquema básico de la imagen egocéntrica de la sociedad
Fuente y elaboración: Elias 1970, 14

Elias propone una imagen alternativa, y por lo tanto un concepto distinto de grupo social, en la que los individuos están relacionados entre sí de maneras distintas (lazos afectivos, funciones, profesionales, linajes, estados, identificación, etc.), el poder es un elemento inestable y cada individuo de la red actúa como un ego.

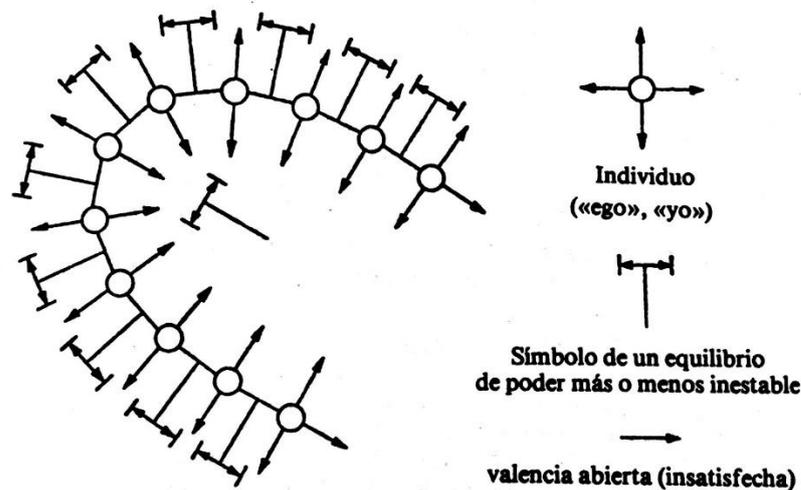


Figura 5. Una figuración de individuos interdependientes
Fuente y elaboración: Elias 1970, 15

Por otro lado, el campo social según Pierre Bourdieu debe pensarse en términos de relacionales más que estructurales, en este sentido afirma que

En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera) (Bourdieu 2005, 150).

Desde esta perspectiva, cada campo social es único dependiendo de la manera en que se ejerce el poder y del capital que tienen los agentes del campo en un momento histórico determinado.

También desde la perspectiva de Bourdieu el concepto de *capital* es fundamental en tanto su distribución configura la estructura inmanente del campo social. El capital es de carácter económico (convertible en dinero), cultural (bienes culturales, educación), social (obligaciones y relaciones sociales) o simbólico (reconocimiento).

La sociedad es un tipo de formación histórico social que implica un conjunto de personas. La forma distintiva de organización de las sociedades modernas según Elias es el Estado nación y más aún, la red de Estados.

Desde una perspectiva ecológica Morín plantea que cualquier fenómeno autónomo debe ser analizado en relación con su ecosistema que no solo está constituido por el medio “sino también por un conjunto de inter-retroacciones asociativas, concurrentes, antagonistas; cada una de sus acciones entra de manera aleatoria en estas interacciones, las modifica y es modificada por ellas” (Morín 2002, 101). En este marco, el antropotopo es el contexto físico o geográfico y el medio construido en el que se encuentra una comunidad; la antropocenos se refiere al tejido de red social comunitaria, basado en las redes familiares, primarias, vecinales, de pares, organizacionales, institucionales, políticas, religiosas, etc. que se encuentran en el antropotopo. Los dos ambientes se retroalimentan constantemente, la praxis social define el contexto y el contexto permite la reproducción de la comunidad.

Los lazos comunitarios tienen que ver más con el capital social que en términos de Bourdieu son “la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos” (2000, 148). Desde esta perspectiva, las comunidades están institucionalizadas y garantizadas socialmente y la condición necesaria para su existencia es el intercambio material y simbólico en el que se basa el capital social.

Jean-Luc Nancy en su obra *La comunidad inoperante* apunta que “la comunidad es lo que tiene lugar siempre a través del otro y por el otro. No es una comunión que fusione los mí mismos en un Mi mismo o un nosotros superior: es la comunidad de los otros” (2000, 38). Dicho de otra manera, existen individuos que concurren y viven en la comunidad; a la vez están diferenciados por su singularidad y tienen algo en común. La comunidad viene antes que el individuo, es decir, el proceso de individualización se da dentro de la comunidad.

Si bien el concepto de comunidad en los instrumentos metodológicos es algo limitado, por ejemplo, en la estrategia de atención primaria de salud, la comunidad se define como el conjunto de individuos y familias; por su lado, las organizaciones sociales han puesto énfasis en su complejidad, caracterizándola como una categoría intermedia que remite a “un grupo de personas con características diversas, unidas por lazos sociales, perspectivas comunes de las acciones, y reunidos en una acción o una organización local ” (MacQueen citado por Ríos et al. 2013, 13).

Las formaciones comunitarias se caracterizan a través de las siguientes dimensiones:

Tabla 1
Dimensiones comunitarias

Dimensión	Fuerte	Débil
Conexión con el territorio	comunidades de vida	comunidades virtuales
Sentido psicológico de comunidad	barras deportivas	poblaciones erradicadas
Conexión con una matriz institucional	Hogares de menores, cuarteles, monasterios, empresas, etc.	barrios las aldeas, las poblaciones, etc.
Historia común	Con historia común	Sin historia común
Identidad	Con fuerte identidad	Débil identidad
Tipo de integración social	Integrada o desintegrada a la sociedad	comunidades que practican la delincuencia como forma de subsistencia, las tribus urbanas, etc.
Nivel de homogeneidad interna	Homogénea	Heterogénea
Ubicación	Urbana o rural	
Visibilidad	Muy visible	Poco visible
Composición interna	Simple: sólo niños, sólo ancianos, sólo mujeres, sólo militares, etc.	Compleja: participan personas de todas las edades, de ambos sexos, de distintos niveles educacionales, etc.
Tamaño	Pequeñas, medianas, grandes	
Temporalidad	Permanente o transitoria.	

Fuente: Martínez Ravanal 2006

Elaboración propia

En el contexto del Estado nación y en relación a las políticas públicas, desde la perspectiva normativa quien tiene el poder para tomar decisiones de política pública es el Estado y los actores no institucionales, tales como las comunidades, pueden participar o no y en diferentes grados en las distintas etapas del ciclo de política pública. Miller y Demir (2007) hablan de la *policy community* que se refiere a un grupo social con un objetivo en común en el que interactúan actores de distintas características como las agencias de gobierno, los grupos de interés, las corporaciones, entre otras. En palabras de los autores “las comunidades políticas también sugieren comunidades epistémicas -grupos discursivos en posesión de proyectos de resolución de problemas sobre los cuales se centran sus investigaciones y esfuerzos” (2007, 137). Estas comunidades no son homogéneas y los actores no son iguales en términos de poder, legitimidad, conocimientos e intereses. El enfoque comunitario obliga a reconocer a individuos como actores legítimos de la política pública durante todo el ciclo y no solamente como grupos receptores o que ejercen abogacía.

Se concluye que en los lazos familiares los criterios fundamentales son biológicos, en tanto en el nivel comunitario son los identitarios. Las organizaciones de base comunitaria y las organizaciones no gubernamentales son formas no estatales de coordinación que deben ser incorporadas en el ciclo de la política pública, no solo porque persiguen el mismo objetivo y están concernidos por los problemas, sino que son sujetos de derechos y no solo beneficiarios de acciones públicas.

2.2. El enfoque comunitario en salud

El origen del enfoque comunitario en salud y la necesidad de que la comunidad sea un actor y no un receptor se encuentra según Saforcada, de Lellis y Mozobancyk (2010) en la psicología norteamericana. Las primeras menciones al papel de la comunidad se remontan a 1950 cuando Jim Kelly propone que la psicología debía situar su trabajo en la comunidad y dirigir sus esfuerzos a la salud y no hacia la enfermedad. De aquí se deduce que el enfoque comunitario tiene que ver, necesariamente, con una comprensión integral del ser humano.

En 1965 se desarrolla la Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la salud Mental Comunitaria en la Universidad de Boston, que posteriormente sería identificado como el origen de la psicología comunitaria. Los ejes de la propuesta son: la prevención, la participación de las comunidades, la atención continua (prevención, tratamiento y rehabilitación) y la integración intersectorial. Este era un importante cambio porque se sacó la enfermedad mental de la institución cerrada al entorno comunitario; sobre las causas y efectos de este cambio se plantea lo siguiente:

...se fueron desdibujando los límites artificiales entre lo biológico y lo psicológico; la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser solo salud y, por supuesto, también dejó de ser un problema individual para pasar a ser social. (Saforcada, de Lellis y Mozobancyk 2010, 45)

El paradigma de la *salud comunitaria* surge de las comunidades y está basado en saberes populares integrativos. Implica una concepción centrada en la salud y en la unidad mente/cuerpo. El componente principal de este paradigma es la comunidad y el equipo multidisciplinario de salud es colaborador o participante. La comunidad toma las decisiones y el equipo participa en ellas. Se gestiona salud positiva, no enfermedad, aunque se trata la enfermedad también.

Las autoras (2010) hablan de que el proceso de definición del componente principal de las políticas públicas no es solamente un tema científico o estadístico, sino sobre todo un tema de poder y ética, por lo tanto, devolverle el poder de decisión a la comunidad es aportar a su democratización. El meollo del asunto cuando se refiere a la estrategia de Atención Primaria de Salud es justamente el replanteamiento de las relaciones entre la comunidad y los individuos que, según Kroeger y Luna (1992, 10) “dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud, y asumen responsabilidades específicas ante ella.”.

Estos autores señalan que un enfoque de atención integral implica:

- Analizar la influencia de los factores ideológicos, políticos, sociales y culturales relacionados con la salud y la vida de la comunidad.
- Concebir la intersectorialidad no solamente como la participación de diferentes instituciones estatales, sino también la participación de la comunidad en su propio desarrollo.
- Tomar como base para la definición de modalidades y la organización de los servicios de salud los patrones de utilización de la comunidad, especialmente de los grupos más vulnerables (localización geográfica, horarios, tecnologías y composición de los servicios).
- Garantizar la participación de la comunidad a lo largo de todo el proceso previsto para garantizar la salud.
- Tomar en cuenta que la vinculación de grupos ya organizados (sindicatos, comités, asociaciones, cooperativas) puede ser más efectivo que formar nuevos grupos específicamente para temas de salud.

2.3. Lo comunitario en relación a lo institucional

Sobre la integración del mundo comunitario y el mundo institucional, es posible la articulación, por ejemplo, a través de la participación.

Si lo institucional desconoce lo comunitario, esto impacta negativamente en el mundo comunitario. Según Martínez Ravanal (2006), las instituciones tienen la tendencia a tratar al mundo comunitario como una extensión de sí mismas, tratando con individuos aislados entre sí como si la relación primaria fuera la que existe entre el individuo y la institución, suponiendo

que el marco relacional está regido por las normas formales y esperando que la comunidad reconozca el poder de la institución, basado en el conocimiento sectorial que ostenta.

Tabla 2
Características del Mundo Comunitario y el Mundo Institucional

Característica	Mundo Comunitario	Mundo Institucional
Ámbito de acción	Vida cotidiana Mundo de la vida	Procesos sociales
Reglas de producción y reproducción	Propias	Leyes y normas
Relaciones	Secundarias Basadas en los roles	Estructuradas Lineales Racionales Formales Instrumentales Atravesadas por el poder
Lógica		Racional Planificada Distributivo Instrumental
Principal estructura	Familia	Estado
Características	Local Intersubjetivo Incierto Situacional Autónomo Complejo	Homogeneizante Objetivante Imperialista Autorreferente Cientifizante Simple
Individuo	Sitúa al individuo en lo social. Le asigna identidad, validación, reconocimiento, pertenencia, territorio, lengua y cultura. Brinda a sus miembros un sistema de apoyo integral, politématico, descentrado, multifuncional. La comunidad resuelve más problemas que lo institucional (salud, crianza, socialización, educación, vivienda, entretención, apoyo, calidad de vida, seguridad, etc.)	
Sistema	Humano / Natural	Artificial

Fuente: Martínez Ravanal 2006, 18-20

Elaboración propia

El marco institucional además se caracteriza por funcionar con base en instituciones aisladas entre sí y una comprensión del entorno como simple y estable. Sin embargo, el entorno social es siempre complejo y dinámico, por lo tanto, la respuesta no puede ser mecánica sino

orgánica, si se quiere obtener resultados. El reto es articular estas dos visiones, lo que garantizaría la eficacia y pertinencia de las acciones públicas.

Las características de una acción basada en el enfoque comunitario, según Martínez Ravanal (2006, 31-32), son las siguientes:

- Diseño o planificación situacional con participación de la comunidad, es decir tomando en cuenta el contexto original donde surge una problemática.
- Interrelación del encuadre positivo y el encuadre negativo de la comunidad. El encuadre positivo se concentra en las capacidades, competencias, habilidades recursos y potencialidades de la comunidad; el encuadre negativo pone en evidencia las deficiencias, incapacidades, problemas, vulnerabilidades, etc.
- La conversación y la negociación como metodología básica para garantizar una relación horizontal y participativa. Los sujetos se consideran activos y responsables.
- Intervenciones multi y transdisciplinarias que respondan a la complejidad del contexto.
- Herramientas para responder a la incertidumbre. Evaluación continua del contexto y toma de decisiones para ajustar o corregir las acciones.
- Modo de intervención proactivo, esto es ir hacia la comunidad, hacia sus espacios de vida.
- Participación activa de los miembros de la comunidad.
- La operación debe estar sustentada en la mediación respetuosa de la autonomía de la comunidad y orientada al fortalecimiento de capacidades.
- Relaciones simétricas de poder.
- Garantizar la triangulación de fuentes, datos, actores, enfoques, técnicas y teorías a lo largo de todo el ciclo de la política pública.
- Los criterios de validez de una intervención deben provenir del mundo comunitario (perspectivas propias, posiciones situacionales)
- Garantizar la evaluación de procesos, resultados e impacto.

Incorporar lo comunitario en la perspectiva estatal implica entonces reconocer la capacidad de agencia de los actores sociales, no tratarlos exclusivamente como población objetivo o beneficiarios. Desde las organizaciones no gubernamentales ONG implica incorporar

un enfoque comunitario no funcional, participativo y dirimente que suele ser incompatible con los formatos de proyectos y; desde las comunidades mismas, implica estrategias de fortalecimiento organizativo a partir de lugares de enunciación sólidos y capacidad de acción transversal en la exigencia de derechos.

Capítulo segundo

El VIH y la política pública para la prevención, tratamiento y control en el contexto global y en el Ecuador

En este capítulo se presentan las principales características de la epidemia¹ de VIH, los principales hitos de la política pública y el marco legal e institucional relacionados con la enfermedad en el mundo, en la región y en el Ecuador, además de los datos más relevantes para comprender su evolución. Este recorrido permite contextualizar la intervención diseñada en el Proyecto Ronda 9 como respuesta en el Ecuador y relacionar temporalmente los hitos del mundo con lo acontecido en el país.

1. Características del VIH

El virus del VIH es un retrovirus por su componente genético (ARN) al entrar el virus en el organismo receptor, el sistema linfático enciende las alarmas y se dispara una producción de células defensivas, las CD4 y las CD8 que deberían atacar al virus, pero cuando el virus entra en contacto con las enzimas de estas células, intercambia información genética y las infecta, transformándolas en células infecciosas. El virus necesita un medio adecuado para su sobrevivencia como son los fluidos en general y la sangre y el semen. Para transmitir la enfermedad se necesita un canal de salida desde el organismo contaminado (que es el fluido) y un canal de entrada en el cuerpo sano (que puede ser una llaga, una herida o una fisura), desde aquí pasará al torrente sanguíneo. Según la OMS (2020, s/n), “el VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.”

¹ Un brote epidémico es la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado. Se habla de una epidemia cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y esta situación se mantiene en el tiempo; es decir que el número de casos aumenta en un área geográfica concreta. Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria (Pulido 2020, s/n).

Una vez en el torrente sanguíneo el virus se reproduce precipitadamente y se acumula en los ganglios linfáticos, en los que se mantiene latente por un período de entre 10 y 15 años. Esto se resume en que desde el contagio hasta la semana seis hay un pico de infección aguda, al que sobrevienen un largo periodo de latencia durante el cual una serie de enfermedades oportunistas van socavando el sistema inmunológico, hasta hacerlo extremadamente sensible a infecciones oportunistas y varios tipos de cáncer que finalmente llevan a la muerte. Debido a que el principal mecanismo de transmisión del VIH es la vía sexual y a que en la etapa de SIDA la enfermedad es fatal, el VIH está estrechamente ligado a comportamientos *inmorales o riesgosos* y a la idea de la muerte desde su aparición. Sin embargo, en la actualidad existen tratamientos antirretrovirales que mejoran significativamente la salud y, por tanto, la calidad de vida de las personas VIH positivas. Al detener la proliferación del virus, esto es, la carga viral, también se disminuye hasta un 96% la posibilidad de contagio, por tanto, el tratamiento es también una medida de prevención.

2. La epidemia de VIH: génesis y estrategias globales de acción

2.1. La epidemia global en cifras

Según la OMS en el mundo había 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en 2015 de las cuales una gran mayoría están en países de ingresos medio y bajos. En la actualidad el panorama global respecto del VIH/SIDA es optimista ya que su propagación se ha detenido, e incluso revertido, en algunas zonas.

Tabla 3
Indicadores globales de la epidemia de VIH

Indicador	Número de personas en millones	Año
Nuevas infecciones	2,1 (1,8-2,4)	2015
Personas viviendo con VIH	36,7	2015
Personas que reciben tratamiento antirretrovírico	18,2	2016
	20,9	2017
Muertes asociadas al VIH en total	35	2015
Muertes asociadas al VIH en el año	1,1	2015

Fuente: OMS 2020

Elaboración propia

También se ha avanzado en la prevención y la eliminación de la transmisión de la madre al niño y en la supervivencia de las madres. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento a nivel mundial en 2016 (OMS 2020, s/n).

Otro de los problemas en el control de la epidemia global es la difusión restringida de las pruebas de diagnóstico del VIH, la OMS (2020, s/n) estima que el 40% de las personas seropositivas aún no han sido diagnosticadas, lo que significa que 14 millones de personas no conocen su estado serológico.

Según ONUSIDA (2019, 6) a pesar de que las muertes relacionadas con el SIDA en América Latina han disminuido en un 14% entre el año 2010 y el 2018, el número de nuevas infecciones por VIH aumentó en un 7% entre 2010 y 2018 aunque la incidencia ha bajado en algunos países. La evolución de estos indicadores se encuentra en los gráficos a continuación.

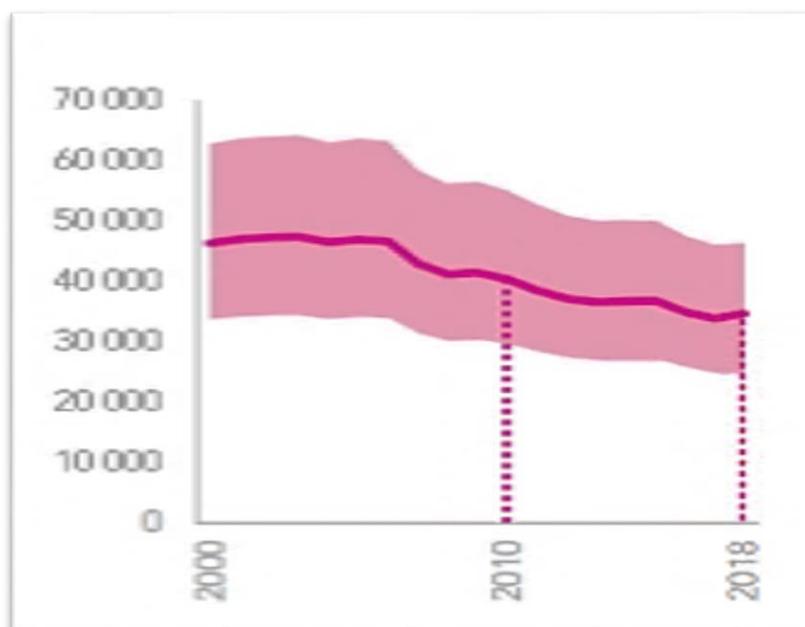


Figura 6. Número de muertes relacionadas con el SIDA, América Latina 2000-2018
Fuente y elaboración: ONUSIDA 2019, 4.

En la figura 8 se ve que la evolución del número de muertes por causas relacionadas con el VIH ha sido negativa. En números absolutos se estima que 35.000 [25.000-46.000] personas murieron por causas relacionadas con el SIDA en el año 2018.

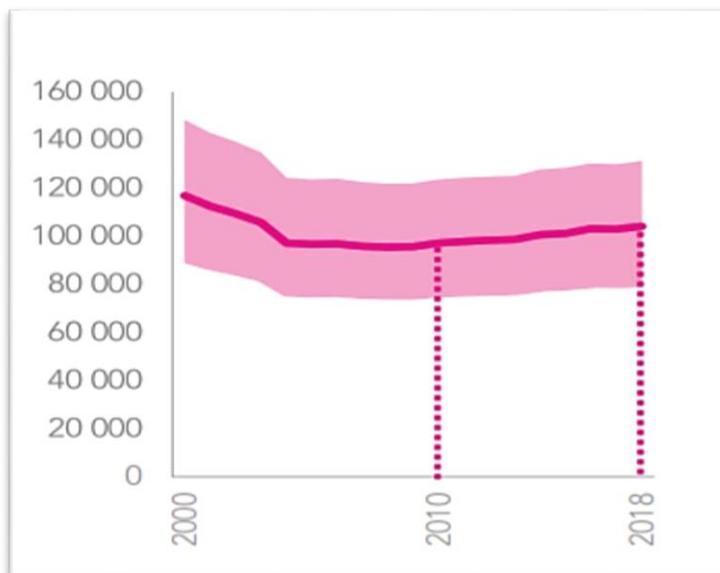


Figura 7. Cantidad de nuevas infecciones por VIH, América Latina 2000-2018
Fuente y elaboración: ONUSIDA 2019, 4

En la figura anterior se ve el paulatino incremento de nuevas infecciones, según la misma fuente, 100.000 [79.000-130.000] personas se contagiaron con VIH durante el año 2018. En el siguiente gráfico se presenta la distribución por grupos de las nuevas infecciones:



Figura 8. Distribución de nuevas infecciones por VIH (de 15 a 49 años) por grupo de población, América Latina 2018
Fuente y elaboración: ONUSIDA 2019, 5.

En el Figura 10 se observa que la mayoría de las personas con infecciones nuevas corresponde al grupo de *gais* y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, seguido de la categoría población restante, entre los dos grupos suman el 75% de nuevas infecciones. El siguiente grupo es el de clientes de trabajadoras sexuales y parejas sexuales de poblaciones clave. Las políticas públicas no están orientadas específicamente a los dos últimos grupos y también es difícil que se los conciba como comunidades homogéneas y concernidas con el VIH. A pesar que hay indicadores optimistas, el análisis desagregado de los indicadores, muestra el efecto de las desigualdades en la epidemia, ya que las cifras globales bajan, pero la concentración en poblaciones vulnerables no, especialmente en países de bajos y medianos ingresos.

2.2. Génesis y estrategias globales de acción

Los primeros casos de VIH se detectaron en Estados Unidos de América en 1981; a decir de Bustamante (2011), desde la salud pública y el ámbito científico, en esta etapa no había una comprensión sobre el origen y las características de la enfermedad, solo se sabía que afectaba a personas con el sistema inmunológico deprimido, principalmente a jóvenes entre los 20 y los 40 años y que el primer colectivo afectado fue el de los hombres homosexuales, por lo que el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estado Unidos la llamó la Peste Rosa o *Gay Related Immune Deficiency* (GRID).

Es importante señalar que recién en 1973 la homosexualidad fue retirada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales lo que hace presumir que cuando el VIH empezó a propagarse, no se había superado el carácter de patología de esta orientación sexual; de la asociación de la enfermedad con la homosexualidad y el estigma del grupo, derivó en el relacionamiento de la enfermedad con prácticas sexuales no seguras como la promiscuidad y la falta de protección, luego, se concluyó que la enfermedad era principalmente de transmisión sexual; marginalmente se incluyó como grupo de riesgo a los usuarios de drogas intravenosas. Más allá de si existía o no evidencia científica o una línea lógica entre estos postulados, fue con base en estos supuestos que se posicionó el problema tanto en la opinión pública como en las esferas técnicas. Esta línea de causas y efectos marca, hasta el día de hoy, el discurso sobre

vectores de discriminación y violencia e inciden directa o indirectamente en la lucha contra el VIH/SIDA.

En cuanto a la génesis de la respuesta comunitaria al problema del VIH, en EEUU las comunidades *gais* organizaron una agenda política relacionada con el VIH, las organizaciones de hombres homosexuales recalcaron su carácter de comunidad concernida e incluyeron este enfoque en su discurso para conseguir mejor atención y visibilidad sobre sus condiciones de vida. Esto gracias a que existía la identificación de los individuos como parte de un grupo que tenía problemas en común y que se organizó en torno a esos intereses. En EEUU la presión de estas comunidades, el rápido incremento de personas infectadas y de muertes por la enfermedad, y el posicionamiento del tema en los medios de comunicación incidieron en que el problema se consolide como un problema público. Finalmente, las comunidades se legitimaron al ser reconocidas como interlocutores por los organismos gubernamentales. En Estados Unidos se creó la *Gay Men's Health Crisis* (GMHC) en 1982 y en Francia la *AIDES* en 1984, las dos orientadas a combatir el GRID y el SIDA, como se conocía la enfermedad hasta ese momento.

En este contexto, los organismos internacionales aprueban la Declaración de Alma Ata (1978) que, como habíamos desarrollado en el capítulo anterior, posiciona la necesidad de universalizar el acceso a mecanismos que permitan garantizar el derecho a la salud, con especial énfasis en la incorporación de la comunidad como colaboradora y participante en las políticas públicas, enunciados que se concretan en el modelo de atención primaria y la política de salud para todos.

En 1982 desde la esfera médica se propone el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para la enfermedad, haciendo referencias a sus características: la supresión del sistema inmunológico, la vulnerabilidad ante enfermedades oportunistas y, finalmente, la muerte lo que refleja un mejor conocimiento de los mecanismos de acción del virus. A partir de la comprensión de la dinámica de la enfermedad se formulan dos mecanismos de diagnóstico, tratamiento y prevención distintos configurándose en el mundo dos corrientes de política pública que han tratado de distinta manera la epidemia del VIH/SIDA:

Por un lado, desde Francia y los países africanos francófonos se diseñó una propuesta horizontal más coherente con el enfoque comunitario, que enfrenta el problema desde la base social a partir de la verificación en el campo de la potencia que tiene el trabajo entre pares y

por tanto se centra en el fortalecimiento de organizaciones locales y en la visibilización y empoderamiento de los propios afectados.

La *Coalition Plus* (2017), uno de los referentes más importantes de lucha contra el VIH/SIDA en el mundo y heredera de esta corriente de pensamiento. La organización califica a la epidemia del VIH como una epidemia política, debido a que las estrategias de prevención, tratamiento y eventual cura del VIH dependen tanto de la dinámica política como de la respuesta médica. Para frenar o disminuir el avance de la epidemia, es necesario garantizar a los grupos vulnerables el derecho a la salud y el acceso universal a servicios sanitarios de calidad; y una acción fundamental para consolidar las anteriores, es generar estrategias políticas en que intervengan las comunidades más afectadas.

En este sentido, las estrategias políticas y de salud tienen varias aristas y actores. Por un lado, es necesaria una respuesta externa, que implica incidir para que los actores políticos y las instancias estatales nacionales e internacionales se comprometan con la generación e implementación de políticas públicas efectivas para la lucha contra el VIH y con la movilización de recursos para la causa. Por otro lado, es imprescindible “una respuesta interna de las comunidades afectadas por el VIH, usualmente abandonadas por los gobiernos –comenzando con la ayuda mutua entre los individuos, las familias, los cuidadores, activistas afectados, etc.”– (Coalition PLUS 2017, s/n). Esto implica el reconocimiento de los actores en tanto *agentes* de su destino y no solo como *sujetos* de las políticas públicas y de un ámbito de acción que va más allá del individuo.

Por otro lado, está la respuesta de los países anglófonos, especialmente Estados Unidos y Reino Unido, que ha priorizado un enfoque asistencialista, paternalista y se ha sometido a las directrices médico científicas de las organizaciones multilaterales; esta es la línea que más ha incidido en América Latina.

La prevención en este contexto se efectuó en sus inicios a partir del enfoque epidemiológico conductual que está centrado en las conductas individuales de riesgo. Manzelli describe este modelo con las siguientes palabras:

[...] este modelo apunta a modificar tales conductas mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de los distintos grupos de la población ante la enfermedad (2003, 1).

En el caso del VIH las conductas de riesgo tenían relación con la sexualidad y la drogadicción, y las alternativas incluían las prácticas de sexo seguro como la monogamia y el uso de condones y de jeringas nuevas. La responsabilidad de modificar sus propias conductas estaba en manos de los individuos.

Desde el ámbito médico se ha puesto bastante énfasis en el tratamiento alopático del VIH. En los inicios de la pandemia (1987) se aprobó el uso de la zidovudina, azidotimidina o AZT que se debían tomar en altas dosis y eran altamente tóxicos. Posteriormente el AZT fue combinado con otras sustancias, pasando a la terapia antirretroviral de gran alcance (TARGA) en 1996. Este coctel controla la reproducción del VIH y detiene su progresión, pero las personas en tratamiento aún pueden transmitir la enfermedad.

La influencia de los organismos supranacionales se puede observar tanto desde el ámbito de la definición de las políticas públicas y enfoques para enfrentar la pandemia como desde el punto de vista del financiamiento. Durante la década de los 90 el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional obtienen más protagonismo en América Latina lo que genera diferentes dinámicas entre estos organismos y los Estados, por ejemplo, el interés por la definición de políticas públicas supranacionales y por negociaciones bilaterales basadas en el cumplimiento de objetivos de proyectos de inversión (Velasco, 2007).

Por la parte de la asistencia técnica y la definición de política pública, en el año 1996 hay dos hitos importantes se declara la pandemia de VIH lo que influyó en que el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo a personas con la enfermedad se consideraran como derechos fundamentales y se crea ONUSIDA, en un contexto en que ya había evidencia de que el tratamiento contra el VIH era eficaz, lo que implicaba una esperanza para las personas con VIH de tener un estado de salud estable. A partir de este año se van generado agendas, compromisos, lineamientos sucesivos para la lucha global contra el VIH.

En el 2006 ONUSIDA emite las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. En el año 2007 ONUSIDA expide un documento llamado *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. Towards Universal Access* que es una guía para quienes hacen política pública y para planificadores en la elaboración de respuestas nacionales para la prevención del VIH. El ciclo de elaboración de la política se grafica de la siguiente manera:

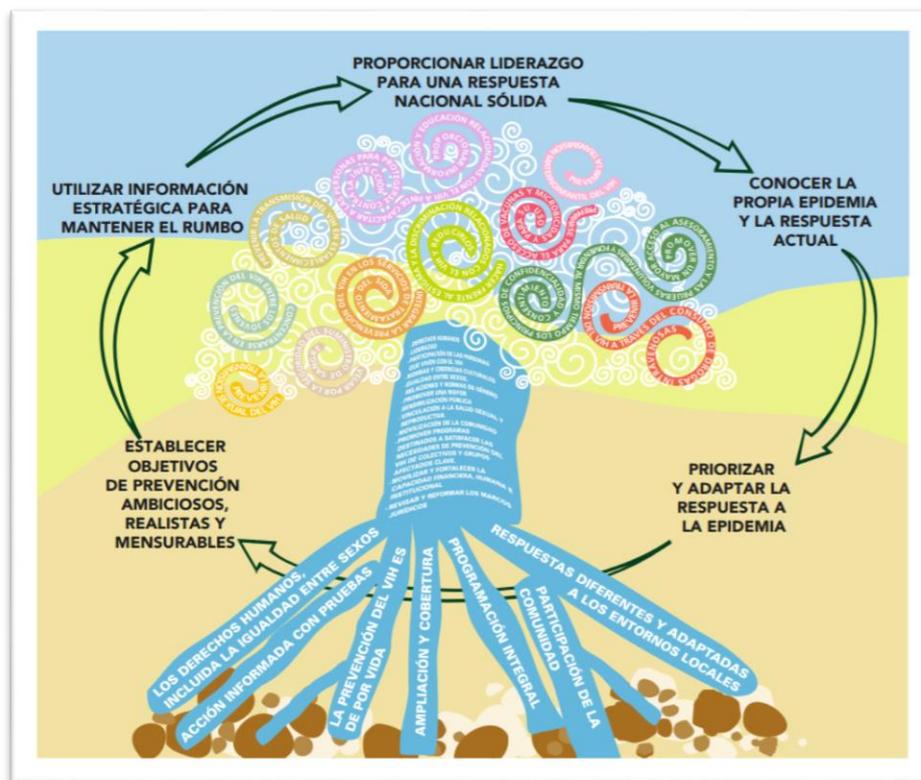


Figura 9 Principios para la planificación de las respuestas de prevención de VIH
Fuente y elaboración: ONUSIDA 2007

En el año 2010 ONUSIDA emite el documento de trabajo *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections* (2010) basado en la evaluación de la experiencia previa. Según el documento son las principales debilidades identificadas son las siguientes:

- a) La gran mayoría de los esfuerzos de prevención se centran en reducir el riesgo individual, en detrimento del abordaje de los factores estructurales — socioculturales, económicos, políticos, legales y otros factores contextuales— que aumentan la vulnerabilidad al VIH.
- b) Muchos programas nacionales de prevención son el resultado de intervenciones inconexas, y estas a menudo carecen de hitos claros, análisis previos de causa-efecto y conexiones con otros programas, es decir, de un enfoque intersectorial.
- c) Muy poca inversión en inversiones en sistemas de planificación, seguimiento y evaluación lo que reduce la confianza de los tomadores de decisiones en las herramientas de prevención existentes y obstruye el proceso de mejora continua de los programas.

En este sentido, se plantea el enfoque de prevención combinada obtener mejores resultados. La prevención combinada tiene tres ejes: el comportamental, el biomédico y el estructural y operan en diferentes niveles (por ejemplo, individual, familiar, comunitario y social).

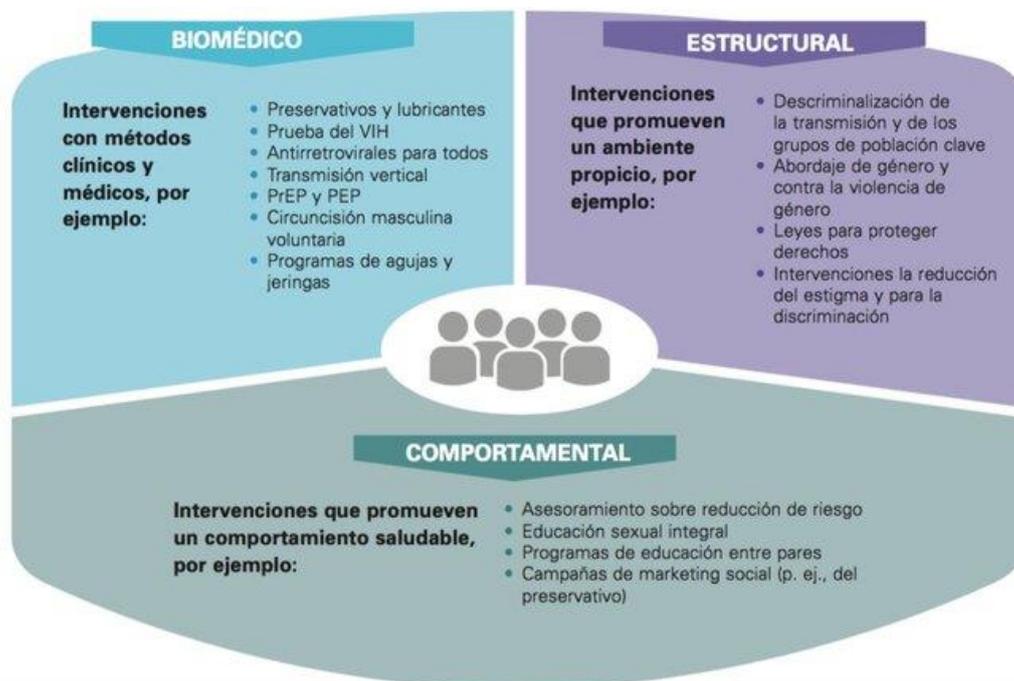


Figura 10. Enfoque de prevención combinada
Fuente y elaboración: OPS 2020, s/n.

Estos lineamientos estaban pensados como una estructura básica para el diseño de programas de prevención y políticas públicas más efectivas que deberían tener las siguientes características: a) estar diseñados según las necesidades y condiciones nacionales y locales en las que se van a aplicar; b) estar orientados a enfrentar riesgos inmediatos y vulnerabilidades subyacentes; c) estar diseñados y gestionados en múltiples niveles (individual, familiar, comunitario y social) y en un marco razonable de tiempo; d) promover la participación de la comunidad, el sector privado, el gobierno y los organismos internacionales mediante sinergias y mecanismos de cooperación; y e) deben incorporar mecanismos de aprendizaje, fortalecimiento de capacidades y adaptación a escenarios cambiantes para todos los niveles (ONUSIDA, 2020).

En el año 2011 se firma la Declaración Política sobre el VIH/SIDA para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Hasta el 2015 se establecieron objetivos para incrementar gradualmente la respuesta a la epidemia, pero a partir de este año se

propone lograr el fin de la epidemia. Con este objetivo a largo plazo, en el año 2013 se diseña la estrategia 90-90-90 que plantea metas ambiciosas y se resume a continuación:

- Que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH.
- Que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada.
- Que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral. (ONUSIDA 2013)

En el año 2017 en el documento Prevención de la infección por el VIH bajo La Lupa, la OPS y ONUSIDA describen la situación de la epidemia en América Latina y el Caribe en los siguientes términos:

Tabla 4
Situación de la epidemia en América Latina y el Caribe 2017

	Avances	Dificultades
Financiamiento	El Fondo Mundial financia intervenciones en la región, orientadas a la prevención de VIH en grupos clave como los HSH, mujeres trans y trabajadoras sexuales.	Sostenibilidad de las estrategias de prevención de la infección por el VIH y dependencia de fondos externos, como es el caso de Ecuador.
Diagnóstico	Hay mejoras en el conocimiento del estado de las personas con VIH, aunque las brechas en el acceso a la prueba del VIH en las poblaciones clave aún son importantes.	No se ha logrado disminuir el número de nuevas infecciones por el VIH, el número de nuevas infecciones se ha estancado desde el 2010.
Prevención	En América Latina los sistemas de salud ofrecen PEP ² para casos de exposición ocupacional o violaciones. En el Ecuador no se ofrece este mecanismo en casos de relaciones de alto riesgo.	No se ofrece el conjunto completo de intervenciones recomendadas para la prevención que son: prueba del VIH y orientación; diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, PrEP, ³ PEP; distribución de preservativos y lubricantes, tratamiento con antirretrovirales, actividades comunitarias a cargo de pares e información y educación sobre salud sexual.

² La profilaxis postexposición consiste en el uso de antirretrovirales en las siguientes 72 horas a una posible exposición al virus del VIH que es ocupacional (accidente laboral) o no ocupacional (relaciones sexuales sin protección, violaciones o inyectables contaminados).

³ La profilaxis preexposición (PrEP) consiste en la toma de medicina antirretroviral antes de tener relaciones sexuales con el objetivo de prevenir la infección por VIH en personas con riesgo con muy buenos resultados en la experiencia hasta el momento.

		En América Latina se están realizando proyectos piloto para la distribución de PrEP, pero aún hay desconocimiento, prejuicios y déficits presupuestarios que obstaculizan su implementación como política pública. En Ecuador la profilaxis estaba en planificación en el 2017 dentro de iniciativas de organizaciones de la sociedad civil en centros comunitarios y tienen financiamiento de los usuarios.
	En Ecuador el uso de preservativos y lubricantes en los grupos prioritarios (HSH, Mujeres trans y trabajadoras sexuales) está sobre la mediana regional (63%, 80% y 88% respectivamente).	En Ecuador aún existe burocratización de la distribución de preservativos y lubricantes. Existen barreras al acceso como la necesidad de acudir a los servicios de salud, falta de confidencialidad, discordancia entre las necesidades y las cantidades distribuidas, calidad de los preservativos, falta de lubricantes y la falta de percepción del riesgo y conocimiento entre los usuarios.
		En los últimos años se han incrementado los brotes, la incidencia y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en la región, lo que aumenta el riesgo de adquirir y transmitir el VIH.
Tratamiento		Existen factores que limitan el acceso a los servicios de salud y su eficiencia, relacionados principalmente con la estigmatización y la discriminación, la desigualdad de género, la violencia institucional o no, la falta de empoderamiento de la comunidad, las violaciones de los derechos humanos y las leyes y políticas que criminalizan los comportamientos de las poblaciones clave (prácticas homoafectivas, trabajo sexual, consumo de drogas ilegales) o excluyen a los grupos más vulnerables.

Fuente: ONUSIDA 2017

Elaboración propia

2.3. Recursos para combatir la epidemia

En el cuadro a continuación se grafica la proporción de recursos destinados a la lucha contra el VIH por fuente en América Latina:

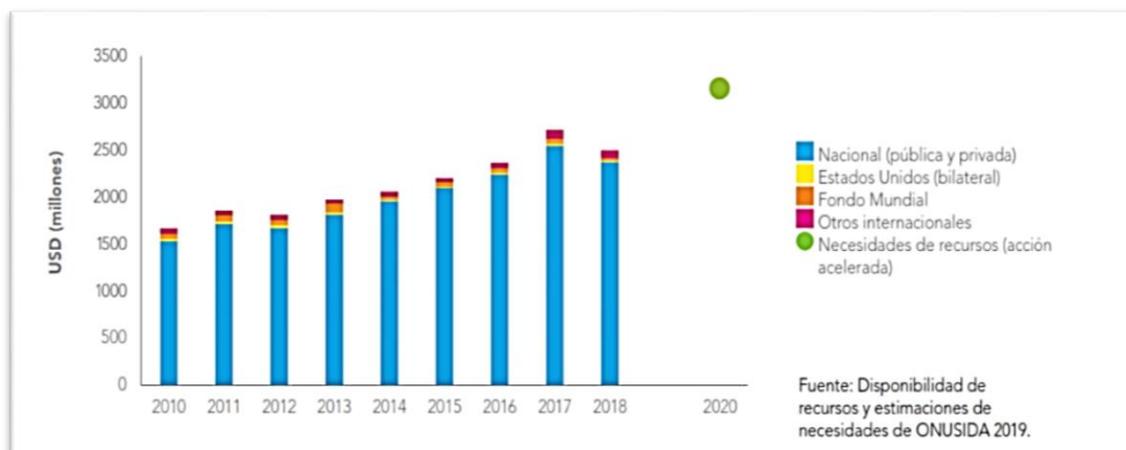


Figura 11. Disponibilidad de recursos de VIH por fuente, América Latina 2010-2018 y necesidades de recursos proyectados para 2020

Fuente y elaboración: ONUSIDA 2019, 7

El financiamiento para atender la epidemia en la región ha sido mixto, siendo los recursos nacionales públicos y privados el mayor porcentaje (95%). Sobre la evolución de los recursos según la fuente, se observa lo siguiente:

La disponibilidad de recursos financieros para la respuesta al VIH en la región aumentó un 50% desde 2010, principalmente debido a un aumento del 55% en los recursos públicos nacionales, que representan USD 2400 millones de dólares en 2018. Durante el mismo periodo, las contribuciones bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos de América disminuyeron en un 62% y las contribuciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria disminuyeron en un 44%. Las contribuciones de todos los demás donadores aumentaron en un 47%. (ONUSIDA 2019, 14)

Entre los retos para financiar las acciones de lucha contra el VIH en la región se menciona la necesidad de movilizar recursos, de gestionarlos con mayor eficiencia y aumentar la inversión en poblaciones clave y facilitadores comunitarios; además reducir la dependencia de recursos externos para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones.

3. La epidemia de VIH en el Ecuador

3.1. Las cifras del VIH en el Ecuador

En el Ecuador la epidemia de VIH/SIDA se sigue considerando de tipo concentrada⁴, con una prevalencia⁵ de 0.6% en la población total (0.4%-1.1%), pero con porcentajes mucho más altos en poblaciones con mayor riesgo de transmisión (EC Ministerio de Salud Pública 2018).

Ecuador es uno de los países en donde en promedio se observó un descenso en el número de nuevas infecciones por VIH entre 2010 y 2018, el mismo que equivale a -12%.

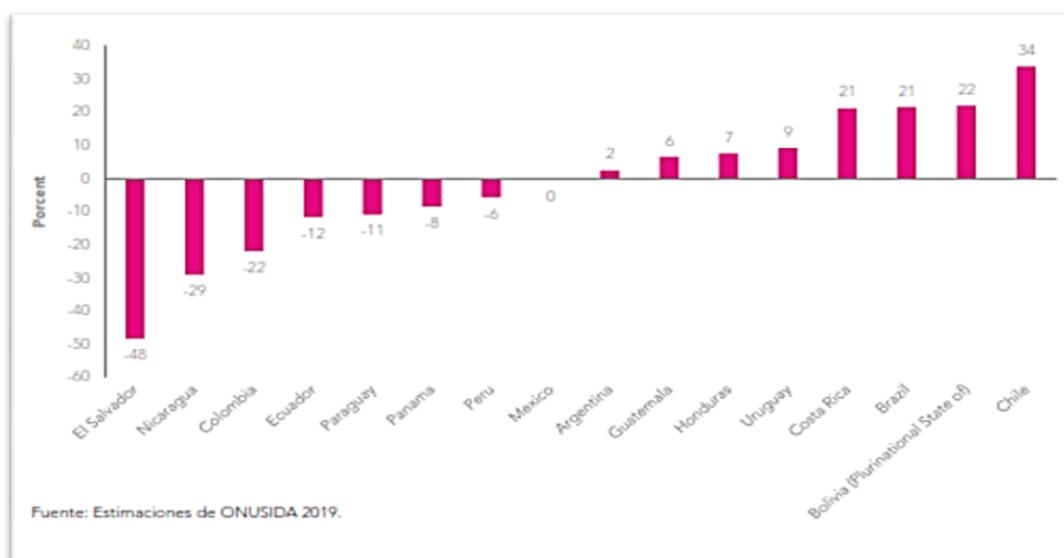


Figura 12. Cambio en el porcentaje de nuevas infecciones por VIH por país, América Latina 2010-2018

Fuente y elaboración: ONUSIDA 2019, 5

⁴ Se considera una epidemia concentrada cuando menos del 1% de la población general, pero más del 5% de cualquier grupo de alto riesgo ha contraído el virus. Una epidemia generalizada cuando más del 1% de la población ha contraído el virus (UNICEF 2019)

⁵ La tasa de prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés (OMS 2020).

Desde una visión comparada también es importante señalar que la tasa de prevalencia nacional en 2016 es de 0,3 entre personas de 15 a 49 años, lo mismo que se grafica a continuación:

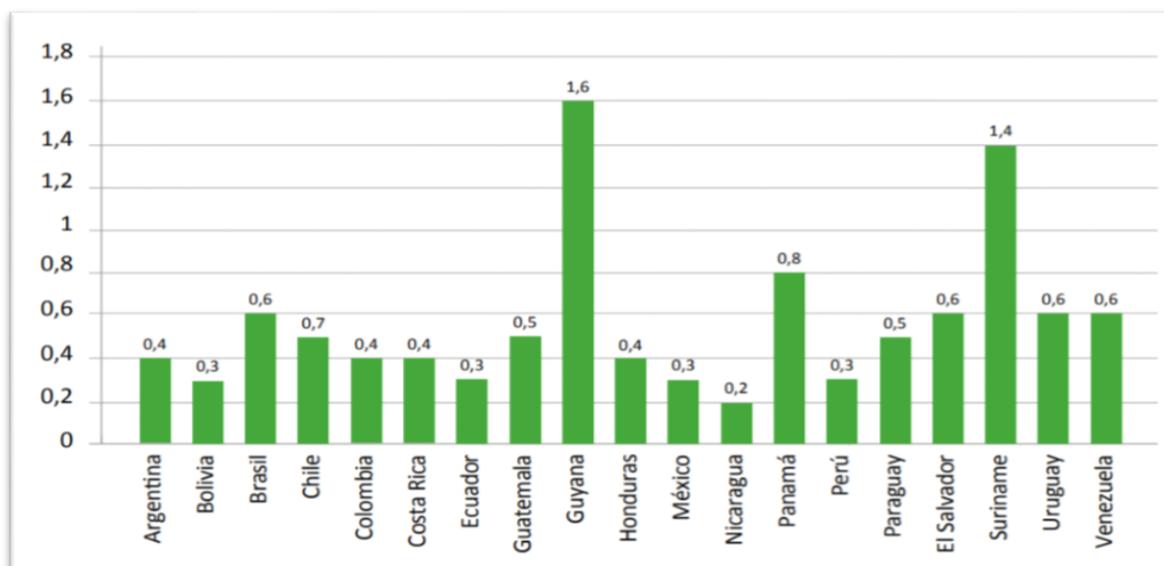


Figura 13. Prevalencia del VIH en algunos países de Latinoamérica en personas entre 15 y 49 años de edad en 2016 tomado del Ministerio de Salud Pública 2018.

Como se ve en el gráfico anterior, Ecuador está por debajo del promedio latinoamericano. Otro indicador importante es el de incidencia.

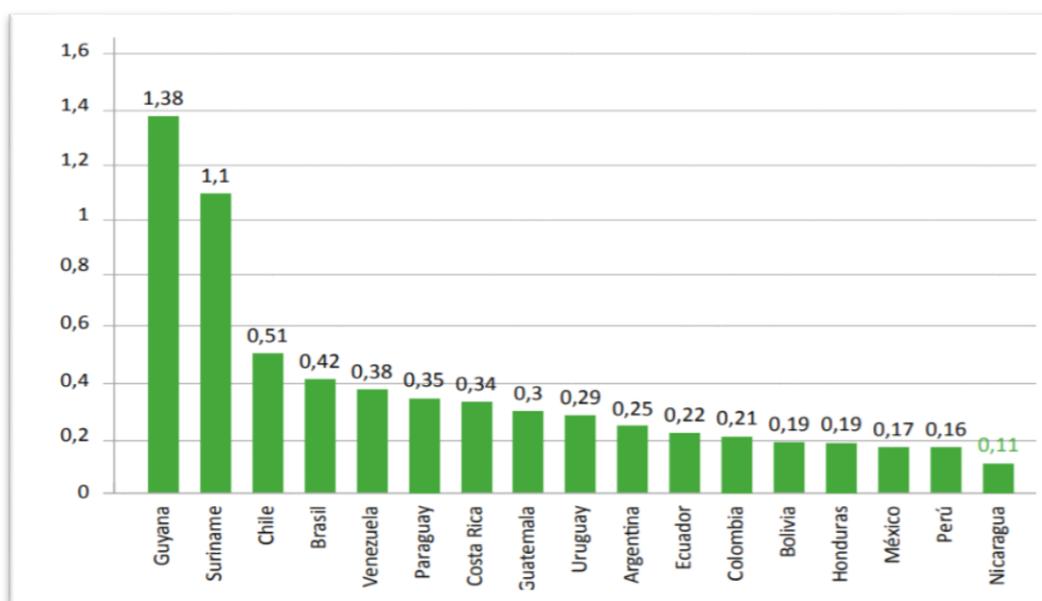


Figura 14. Tasa de incidencia del VIH en América Latina, año 2016 en Fuente y elaboración: Ministerio de Salud Pública 2018

Se concluye que las intervenciones de política pública han tenido un efecto positivo en el país ya que los indicadores son optimistas en relación a los otros países de la región.

A continuación, se ve la progresión estadística en una panorámica histórica entre 1984 a 2018.

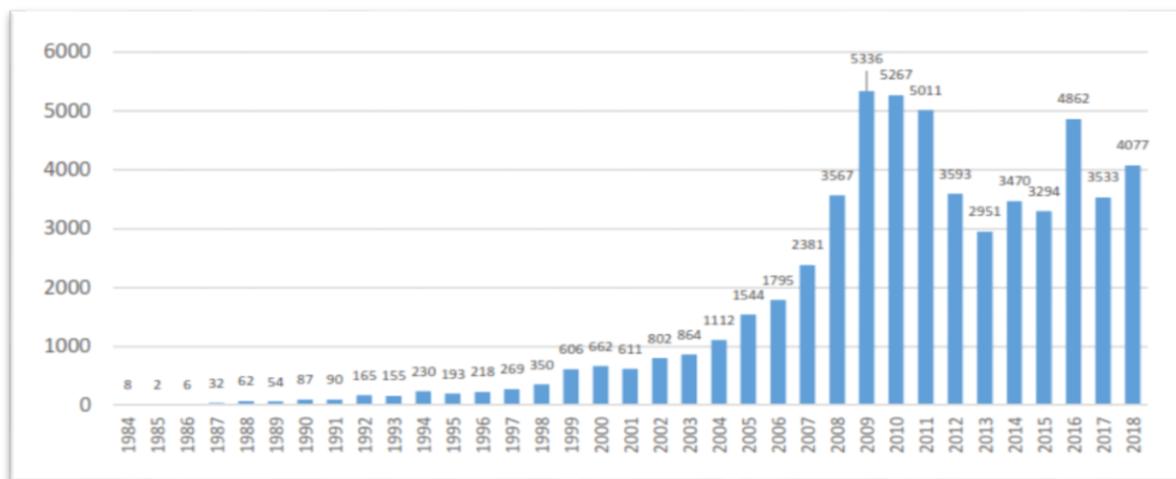


Figura 15. Número de casos de VIH/SIDA entre 1984-2018

Fuente y elaboración: EC Ministerio de Salud 2018

Según el Ministerio de Salud Pública (2018), la evolución de la epidemia de VIH fue ascendente hasta el año 2009 cuando se registró un pico en la epidemia con un total de 5.336 casos nuevos de VIH, luego empezó a disminuir y en los últimos años ha sido oscilante. En el año 2018 se notificaron 4.077 nuevos casos. La incidencia del VIH por cada 1000 habitantes ha pasado de 0,17 [0,1-0,32] en 2010 a 0,15 [0,08-0,29] en 2015 y finalmente a 0,13 [0,07-0,27] en el año 2018.

Sobre la mortalidad por causas relacionadas al SIDA, se ve la evolución a continuación:

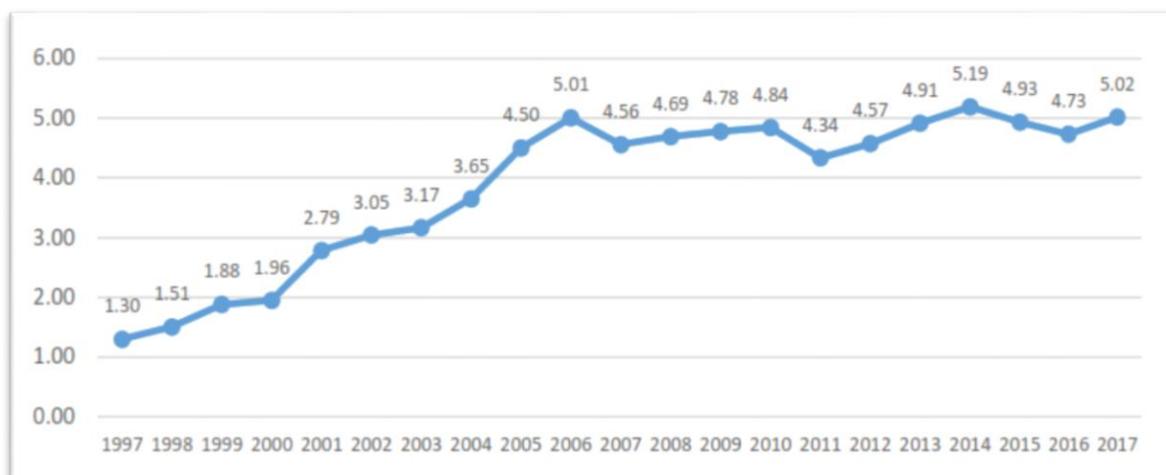


Figura 16. Tasa de mortalidad relacionada al SIDA por cada 100.000 habitantes entre 1984-2017
Fuente y elaboración: EC Ministerio de Salud Pública 2018

Como se ilustra en el gráfico anterior, la curva de muertes asociadas al VIH también fue ascendente hasta el 2006, año en el que se estabiliza. En el Ecuador se estima que un total de 11.964 murieron por razones asociadas al SIDA hasta el año 2017.

Respecto de la distribución territorial de los nuevos casos de VIH/SIDA en el Ecuador en el año 2018, se hace referencia al siguiente gráfico:

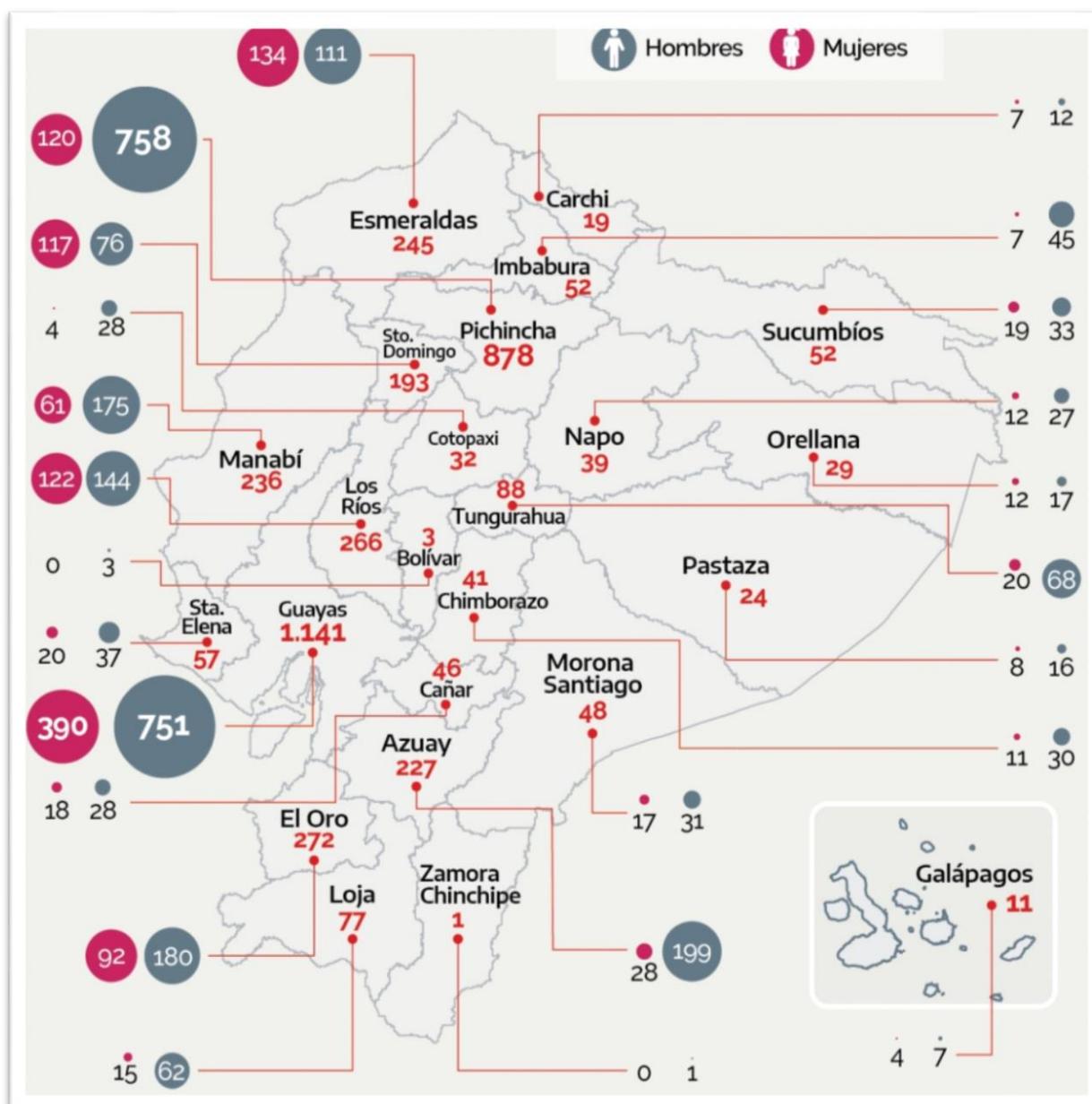


Figura 17. Número de casos de VIH/SIDA por provincia y sexo, año 2018
Fuente y elaboración: EC Ministerio de Salud Pública 2018

En 2018 se notificaron 4.077 casos nuevos, el 70,64% corresponden a hombres y el 29,36% a mujeres lo que es consistente con la proporción histórica por género. El 49,53% de los casos están localizados en Guayas (27,99%) y Pichincha (21,54%), seguidos con bastante diferencia por El Oro (6,67%), Los Ríos (6,52%), Esmeraldas (6,01%), Manabí (5,79%), Azuay

(5,57%) y Santo Domingo (4,73%). También es importante señalar que el grupo etario con mayor número de casos es el de 20 a 49 años con el 84,40% del total de casos nuevos.

En el año 2018 se registraron 33.473 personas viviendo con VIH y que conocen su estado serológico de las cuales el 75% (25.132) realizan su tratamiento en el Ministerio de Salud Pública, el 24,35% en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el 0,23% en las Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y 0,34% en el Instituto de Seguridad Social de la Policía (EC Ministerio de Salud Pública 2018).

Según datos del 2017 levantados por la Corporación Kimirina, la prevalencia de VIH entre personas transfemininas⁶ era de 34,5% en Quito y 20,7% en Guayaquil mientras que entre hombres que tienen sexo con hombres era del 16,5% en Quito y 11,2% en Guayaquil; esto significa un aumento en relación a los datos del estudio realizado en 2012 por Kimirina, UNFPA, Ministerio de Salud Pública en el que la prevalencia en personas transfemininas era del 31,9% y del 11% en hombres que tienen sexo con hombres. Entre las personas privadas de la libertad la prevalencia era de 1,3% y en trabajadoras sexuales de 3,2% según datos del 2009 (Ministerio de Salud 2018, s/n).

También se considera como grupos vulnerables a las mujeres adultas, entre las cuales el número de infectadas por el VIH se incrementó de 7,800 [4,200-12-000] en 2001 a 12,000 (8,300-21,000) en 2012. Finalmente, los adolescentes pobres hombres y mujeres.

La cobertura estimada del tratamiento antirretroviral según las guías de la OMS de 2010 es de 42% [32%-63%]. Se consideraba que la retención de 12 meses con tratamiento antirretroviral es un indicador clave ya que no todos los pacientes que inician tratamiento continúan con él. En el Ecuador, durante el año 2012 el 85% de adultos y niños con VIH continúan con el tratamiento antirretroviral.

En relación a los indicadores de la estrategia 90-90-90 de Naciones Unidas para terminar con la epidemia hasta el año 2030 que fue detallada en el apartado anterior, los resultados del país son los siguientes:

Tabla 5
Resultados del Ecuador en relación a la Estrategia 90-90-90

Indicadores	2016	2017	2018
Personas que viven con VIH y conocen su estado	56%	64%	76%
Personas diagnosticadas que reciben terapia antirretrovírica continuada	78%	84%	79%

⁶ Una persona trans es aquella cuya identidad y/o expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. Una persona transfeminina es una persona que fue asignada como hombre al nacer y que se identifica como mujer. (OPS 2014, 22-23)

Personas que viven con VIH y tienen carga viral suprimida	48%	62%	67%
---	-----	-----	-----

Fuente: EC Ministerio de Salud Pública 2018

Elaboración propia

3.2. El marco legal y la política pública para la prevención, tratamiento y control del VIH Ecuador

En el Ecuador la política pública para la prevención, tratamiento y apoyo a pacientes con VIH está basada en una definición técnica y cuantitativa del problema. Para llegar hasta este punto, se ha recorrido un importante camino, cuyo debate se centró en las características de la enfermedad y de las alternativas de solución.

Partiendo de la definición de la epidemia como un fenómeno sanitario/político, se observa que la respuesta pública al VIH/SIDA en el Ecuador se caracteriza por un enfoque de garantía de derechos que genera una respuesta de *naturaleza pública*. Por otro lado, se asegura el acceso a programas, acciones y servicios de salud desde un enfoque de atención integral y de calidad, pero unidireccional desde el Estado hacia los sujetos de la política, con poca o ninguna permeabilidad a las comunidades afectadas.

Mientras que en los años 80 en los Estados Unidos y en Europa ya se había posicionado el problema como un problema público, se le había dado sustento científico y había una comunidad que luchaba para que los gobiernos planteen soluciones, en el Ecuador, en 1984 se detectan los primeros casos de VIH en el Ecuador. El proceso de posicionamiento del tema en el Ecuador ha seguido un camino inverso al de los Estados Unidos en donde hay una construcción de política en el sentido *bottom-up*, primero se reconoce el problema desde el Estado y se crean políticas para su diagnóstico, tratamiento y prevención. Solamente en los años 90 las organizaciones no gubernamentales especializadas en salud sexual y reproductiva incluyen al VIH entre sus áreas de intervención y se prioriza el trabajo con comunidades vulnerables recién a finales de la década. Es decir, la trayectoria sigue la lógica *top-down*.

El reconocimiento del problema por parte del gobierno nacional ecuatoriano se da en 1987, a partir de la creación del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA a cargo del Ministerio de Salud Pública con muy pocos recursos y un alcance restringido.

La fase de formulación tiene directa relación con la comprensión del problema que se pretende resolver, por tanto, en el Ecuador se adoptaron criterios y protocolos de la CDC estadounidense, especialmente para la realización de pruebas diagnósticas a personas con

conductas de riesgo, es decir, hombres homosexuales; por otro lado, el tratamiento era inexistente o inadecuado debido a la falta de recursos.

A finales de la década de los 80 e inicios de los 90 el Estado de Bienestar dio paso en el Ecuador al Estado mínimo neoliberal (Bustamante, 2007). Este cambio estructural generó un cambio de enfoque en la política pública que pasa de tener como meta la universalización de la salud, a la focalización debido a la urgencia de la disminución del gasto público. En esta etapa nacen los procesos de descentralización y desconcentración del sistema de salud y la imposición de un modelo de gestión privado orientado a la eficiencia y eficacia.

En cuanto a la génesis de la respuesta comunitaria al problema del VIH, en Ecuador, no fue sino hasta 1990 que la salud sexual y reproductiva se incorpora en la agenda de las ONG y en el año 2000 se comienza a trabajar con grupos GLBT y trabajadoras sexuales.

Cómo se había dicho, el discurso sobre los factores de discriminación incide en el diseño de las políticas públicas, por lo que es importante señalar que en el Ecuador la homosexualidad se tipificaba como delito hasta el año 1997.

Otro hito importante es el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en la Constitución de 1998, que implica: 1) el derecho a acceder a servicios de salud e información; 2) la necesidad de impulsar políticas públicas que generen condiciones sociales que permitan el ejercicio del derecho de los individuos; y, 3) el empoderamiento de la ciudadanía a partir de la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo, el reconocimiento de su autonomía (Rodríguez 2007).

Desde el año 2000, el Estado ha consolidado un discurso sobre el VIH coherente con los lineamientos de Naciones Unidas. Justamente la expedición de la Ley de Prevención y Asistencia Integral al VIH/SIDA coincide con la aprobación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015) por parte de los 189 países miembros de las Naciones Unidas, entre los cuales se encuentra un objetivo específico sobre el VIH.⁷

El 14 de abril de 2000 se expide la Ley 11 para la Prevención y Asistencia Integral al VIH/SIDA, publicada en el Registro Oficial 58 mediante la cual se declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y se prevé el fortalecimiento de la estrategia de prevención, la vigilancia epidemiológica, el suministro del

⁷ Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Meta 6.A: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015

Meta 6.B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten (OMS 2020, s/n)

tratamiento, el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, y la garantía de los derechos, el respeto, la no marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas.

En el año 2002 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en el Informe de Desarrollo Humano, propone una relación entre pobreza, desarrollo y la infección y otra entre mortalidad y pobreza. Señala que es necesario que se creen políticas públicas para afrontar la situación, que se incorporen métodos anticonceptivos, que se reconozcan los derechos reproductivos de la mujer y se garantice el tratamiento a las PVVS. En el mismo año, el Ecuador emite el Reglamento para el tratamiento de las personas viviendo con VIH y garantiza el acceso a antiretrovirales.

En el año 2003 el Fondo Global condicionó la entrega de catorce millones de dólares para un período de cuatro años, a la conformación de un Mecanismo de Coordinación País (MCP), reconocido posteriormente como un “interesante ejercicio de multisectorialidad” por el MSP (2007, 21). En el mismo año se crea la Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH-SIDA (CEPVVS) que no se sostiene en la identidad de género sino en la situación de salud de sus integrantes.⁸ Esto demuestra que Ecuador tiene una brecha de experiencia en temas de organización comunitaria en los aspectos relacionados con el VIH/SIDA.

Durante la primera década del nuevo milenio, en Ecuador se habla de la recuperación del Estado para el Buen Vivir que en salud se traduce en la ampliación de la protección social y el acceso universal a los servicios.

Frente al desmantelamiento del Estado impulsado por el neoliberalismo, se hace fundamental recuperar el Estado para la ciudadanía, en el marco de la recuperación de lo público, entendido en un sentido más abarcativo, que rebasa el ámbito netamente estatal (Larrea, citada por Senplades 2011).

En el 2006 se emite la Ley Orgánica de Salud, que incorpora el VIH/SIDA en los siguientes artículos.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: [...] 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;

Art. 7.- El Estado reconoce el contagio y la transmisión del VIH/SIDA como un problema de salud pública.

⁸ “La Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH es una red nacional que promueve la participación organizada de las personas con VIH en la respuesta a la epidemia, con el objeto de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.” (CEPVVS s.f., s/n)

En el año 2007, el Ministerio de Salud Pública finalmente emite la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Los avances normativos relacionados con la Ley Orgánica de Salud y la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos se consolidan en la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 que incorpora artículos sobre el derecho a la salud, la rectoría y los mecanismos para la garantía del derecho a la salud, bajo los siguientes criterios:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, [...] El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (EC 2008, Art. 32)

Como lo determina la Constitución, el Sistema de Salud Pública tiene dos características básicas: alta desconcentración y baja descentralización. Esto significa que los procesos desconcentrados del MSP se deben fortalecer para garantizar su capacidad resolutoria en el territorio y, que las competencias de salud no son transferibles a los gobiernos autónomos descentralizados. En el artículo 35 se define las personas y grupos de atención prioritaria como aquellos que tienen doble condición de vulnerabilidad. El Estado está obligado a prestar protección especial a las personas que se encuentren en esta posición.

En el artículo 261, numeral 6, se especifica que tanto las políticas como la planificación, construcción y mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento de salud es competencia exclusiva del Estado.

Sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS), en los artículos 358, 359, 360 y 361 se crean y definen sus principios, componentes, características y garantías. Entre los principales objetivos del SNS están: garantizar el derecho a la salud desde todas sus dimensiones; la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; propiciar la participación ciudadana y el control social; promover la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas; articular los diferentes niveles de atención; garantizar atención integral, familiar y comunitaria, basada en la atención primaria. Esto incluye a todas las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores públicos o privados relacionados con la salud.

En el artículo 361 (EC, 2008) se define que el órgano rector del sistema es la autoridad sanitaria nacional, es decir, el Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, el mismo “será

responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas, así como el funcionamiento de las entidades del sector”. En la Ley Orgánica de Salud (EC 2006, Art. 4) se especifica que el Ministerio de Salud tiene la obligación de aplicar, controlar y vigilar el cumplimiento de la Ley.

Finalmente, en el Artículo 362 se definen las principales características de los servicios de salud, de la siguiente manera:

Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (EC, 2008)

A partir de la emisión de la Constitución del 2008, el marco legal y normativo relacionado con el derecho a la salud, los grupos de atención prioritaria y el Sistema Nacional de Salud, el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública (EC Ministerio de Salud Pública 2012) y la Normativa específica respecto a la prevención y control del VIH/SIDA se desarrollan bajo este paraguas.

La misión del Ministerio de Salud Pública según el Estatuto Orgánico por Procesos es la siguiente:

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud Procesos (EC MSP 2012, Art. 1).

La visión según el mismo documento se transcribe a continuación:

Ser la institución que ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad Procesos. (EC MSP 2012, Art. 2)

En el mismo año 2012, el Ministerio de Salud Pública aprobó y emitió el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS), para la provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento para todo el territorio nacional. Este modelo se concibe como respuesta a un sistema tradicionalmente fragmentado, centralizado, desarticulado,

vertical e inequitativo basado en el enfoque biólogo – curativo y centrado en la enfermedad y en la atención hospitalaria (EC MSP 2012a, 23). En el modelo se establece la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención.

Esta tipología se aplica a todos los establecimientos del SNS y pretende homologar y organizar la oferta de servicios y garantizar la capacidad resolutoria del Sistema. Se define a partir de los siguientes criterios: tipo de servicios, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación.

1. El I Nivel es la puerta de entrada al sistema y apunta a las necesidades más básicas y/o frecuentes de la población. Además de las actividades intramurales, es decir en los centros de salud, el primer nivel de atención contempla actividades extramurales que están a cargo de los equipos de atención integral de salud (AIS), responsables de garantizar atención integral a las familias, identificar riesgos y necesidades de salud, implementar y hacer seguimiento de los planes de intervención y garantizar la continuidad de la atención a través de la referencia y contra referencia.
2. El II Nivel brinda continuidad a los casos que requieren tecnología sanitaria de mayor complejidad y atienden emergencias.
3. El III Nivel cuenta con tecnología de punta y centros de referencia nacional.
4. El IV Nivel se concentra en la experimentación clínica.
5. Servicios de Apoyo. Son transversales a los Niveles de Atención y entre ellos están los establecimientos de radiología e imagen, laboratorio de análisis clínico, laboratorio de anatomía patológica, laboratorio fisiológico dinámico, servicios de sangre, banco de tejidos y/o células, centros de diagnóstico integral y centros de rehabilitación integral.
6. Servicios de Atención de Salud Móvil. Corresponde a vehículos de transporte y asistencia sanitaria/ambulancia, unidades móviles de atención, unidades móviles de apoyo.

Además de las actividades intramurales que se desarrollan en las unidades de salud, el MAIS contempla el desarrollo de actividades extramurales o comunitarias que incluyen trabajo en entidades educativas, en la comunidad, centros carcelarios, fábricas, empresas y en los domicilios. Entre las actividades contempladas está la formación y fortalecimiento de las organizaciones locales de salud (comités locales de salud, comités de usuarios/as, grupos de autoayuda, entre otros) (EC Ministerio de Salud Pública 2012a).

Contrastando con el marco jurídico y programático que está realizado desde una perspectiva técnica, desde el enfoque de derechos, de género, participativo y comunitario, la percepción de los usuarios del sistema de salud es más compleja:

Las políticas del Ministerio de Salud giran alrededor de la idea del VIH/SIDA como una epidemia, y la atención, hospitalización y registros de los pacientes VIH+ están en áreas separadas como pabellones de infectología. Esto es justificado por autoridades del hospital, lo plantean como solución a la discriminación que ocurría cuando los pacientes eran atendidos en las áreas comunes con el resto de los pacientes y debido al miedo a ser identificados evitaban acercarse para hacerse atender, aun estando muy mal de salud (Bustamante 2011, 59).

Para Bustamante (2011) existen algunos imaginarios en torno al VIH que están presentes tanto en la población en general como en los pacientes seropositivos y en algunos casos incluso en el personal de salud. El primero, es que una persona que se ve sana no puede estar infectada. El segundo, es la confusión sobre los modos de transmisión, por ejemplo, que el VIH se transmite a través de picaduras de mosquitos o a través de los alimentos. Tercero, que la homosexualidad o las prácticas sexuales entre hombres y el VIH tienen una relación directa. Cuarto, que la infección por VIH lleva inevitablemente a la muerte. Estas creencias implican que se sigan realizando prácticas sexuales no seguras o que la prevención del VIH se reduzca al uso del condón, que los pacientes que no están en fase SIDA no se consideren como pacientes prioritarios, y, finalmente, que se refuercen los prejuicios, el estigma y la discriminación hacia pacientes seropositivos.

Si bien diferentes fuentes coinciden en que ha habido esfuerzos por educar y sensibilizar sobre el VIH y hay servidores públicos, por ejemplo, médicos o personas que están en los servicios de atención directos que se hallan comprometidos con la lucha contra el VIH, también es cierto que en la actualidad la discriminación y el estigma persiste e incluso se ve un efecto negativo no previsto que es el hecho de que por desestigmatizar al VIH se dejó de hablar de él y ahora la población está más desinformada (Manzano 2020, Luna 2020, entrevistas personales).

Para una mejor comprensión de la relación entre los hitos jurídicos e históricos más relevantes de prevención y tratamiento de VIH en el Ecuador y los hechos del mundo, éstos se sistematizan en el cuadro a continuación.

Tabla 6
Línea de tiempo de la epidemia de VIH/SIDA

En el Ecuador	Año	En el mundo	Modelo de prevención
	1973	La homosexualidad fue retirada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (EEUU) Planteamiento de Salud para Todos (ONU)	
	1978	Declaración Alma Ata – Atención Primaria de Salud (ONU)	
	1981	Primeros casos enfermedad desconocida (EEUU) Peste Rosa (<i>Gay Related Immune Deficiency</i>)	Epidemiológico – conductual
	1982	Creación de la Organización Crisis de Salud del Hombre Gay Infección de transmisión sexual asociada a la promiscuidad y uso de drogas. ⁹ Nombre: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Poblaciones prioritarias: haitianos, usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos y hombres gay	
Primeros casos	1984	Identificación del VIH = medicalización de la enfermedad y los enfermos Creación de AIDES ¹⁰ (Francia)	
	1986	Carta de Ottawa. Nuevo paradigma conceptual de la promoción de la salud (ONU)	
Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (MSP)	1987	Aprobación de uso del AZT. ¹¹	
Inclusión de la salud sexual y reproductiva en la agenda de ONG	1990		
Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. ¹²	1994		
Inicia la atención la Dirección de Sanidad del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas	1995		
	1996	Creación ONUSIDA El SIDA se clasifica como pandemia	

⁹ P.ej. el “Popper” que era una droga usada como estimulante sexual.

¹⁰ Organización comunitaria sin fines de lucro fundada por Daniel Defert, tras la muerte de su compañero de toda la vida Michel Foucault a causa del SIDA.

¹¹ Zidovudina, Azidotimidina o AZT es un antiviral frente a retrovirus considerado tóxico.

¹² Incorpora la prevención de la transmisión vertical del VIH como uno de sus ejes.

En el Ecuador	Año	En el mundo	Modelo de prevención
		Aprobación uso de TARGA. ¹³	
Resolución No. 106-97 del Tribunal de Garantías Constitucionales. ¹⁴	1997		
Se incorporan los derechos sexuales y reproductivos en la Constitución	1998		
Inicia la atención el Hospital del IESS y Centros de Salud y Control de ITS			
Inicia operación Kimirina	1999		
Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/SIDA	2000	Objetivos del Milenio	Político – económico
Trabajo de ONG incluye poblaciones GLBT y trabajadoras sexuales			
Plan estratégico Nacional Multisectorial sobre VIH/SIDA 2001 – 2005	2001		
Reglamento para el tratamiento de las personas viviendo con VIH	2002	PNUD propone una relación entre pobreza, desarrollo y la infección y mortalidad y pobreza	
Proyecto VIH Primera Ronda (FM)		Fundación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.	
El Estado garantiza antirretrovirales. ¹⁵			
Coalición de Personas Viviendo con VIH/SIDA (CPPVS)	2003	Se aprueba el uso de Truvada ¹⁶ para la Profilaxis Pre y Post Exposición	
Programa de Prevención y Control de VIH/SIDA e ITS (MSP) con fondos estatales y del Fondo Mundial	2004		
Plan estratégico Nacional Multisectorial sobre VIH/SIDA 2005 - 2006	2005		
Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. ¹⁷	2006		
Plan Estratégico Multisectorial de respuesta al VIH/SIDA 2007 – 2015	2007		

¹³ Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, combinaciones de varios fármacos; por norma general suele tratarse de 3 fármacos de cómo mínimo dos familias diferentes.

¹⁴ Se declara inconstitucional el inciso primero del artículo 516, en el cual se tipificaba como delito la homosexualidad. La demanda de inconstitucionalidad fue impulsada por la comunidad GLBT.

¹⁵ Denuncia de personas viviendo con VIH en la Corte Interamericana de Derechos Humanos

¹⁶ Emtricitabine y tenofovir disoproxil fumarate.

¹⁷ Garantiza el acceso a la atención integral a través de su red de servicios y, establece el Sistema Nacional de Salud con la rectoría del MSP.

En el Ecuador	Año	En el mundo	Modelo de prevención
Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (MSP)		<i>Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. Towards Universal Access</i> (ONUSIDA)	
Constitución de la República del Ecuador. ¹⁸	2008	Creación de la Coalition PLUS (Francia)	
Plan Estratégico Multisectorial de respuesta al VIH/SIDA 2009-2013	2009		
Proyecto VIH Ronda 9 (FM)	2011	Declaración Política sobre el VIH/SIDA	
Creación de CEMSIDA		Monitoreo de los indicadores de la cascada del continuo de la atención. ¹⁹	
Actualización del Plan Estratégico Multisectorial de respuesta al VIH/SIDA 2007 – 2015 y Planes Operativos de sectores prioritarios			
Creación del Comité Ecuatoriano Multisectorial del Sida (Cemsida)	2012		
	2015	Enfoque de Acción Combinada (ONUSIDA)	
	2016	En la 69. ^a Asamblea Mundial de la Salud se ratificó la nueva Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021	
Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021	2017		
Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al VIH/SIDA ITS 2018-2022	2018		
Adopción de la Estrategia de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH, Sífilis, Hepatitis y Chagas	2019		
Publicación de la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en embarazadas, niños, adolescentes y adultos.			
Aprobación del "Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (JTS)			

¹⁸ El Artículo 11 prohíbe la discriminación por ser portador de VIH/SIDA, se concibe la salud como un derecho que el Estado debe garantizar y se asegura el acceso a “atención especializada y gratuita, de manera oportuna y preferente”

¹⁹ Permite analizar las brechas en los servicios de atención individual y el impacto poblacional (OPS-OMS 2014)

En el Ecuador	Año	En el mundo	Modelo de prevención
Convenio MSP – Kimirina para la instauración del proyecto Profilaxis Pre-exposición (PrEP)			

Fuente: Bustamante 2011, CEPAR 2010, CEPVVS 2010

Elaboración propia

En este cuadro se observa la evolución de los modelos de intervención sobre la epidemia que inicia con un esquema epidemiológico conductual desde 1978 hasta 1990, seguido por un modelo antropológico cultural hasta el año 2000, cuando se consolida un modelo político económico.

3.3. Recursos financieros para la lucha contra el VIH en Ecuador

Según datos del Ministerio de Salud, desde el 2005 hasta el 2010 el país gastó USD 28,641,874 en total, comparado con el 2016 en el que se destinaron USD 24,420,028 de recursos públicos para el mismo fin.

Ecuador no está entre los países priorizados para recibir atención internacional en VIH/SIDA,²⁰ a pesar de ello, el aporte internacional sigue siendo una importante fuente de financiamiento para el Ecuador, a continuación, se presentan datos sobre la inversión en dólares por fuente:

Tabla 7
Recursos para el combate del VIH por fuente

	2016	2018
Privada nacional	878,990	305.994
Pública nacional	22,840,381	14,987,266
Fondo Mundial	2,725,136	501,000
Multilaterales	259,155	
TOTAL	26,717,021	15,614,260

Fuente: EC Ministerio de Salud Pública 2018

Elaboración propia

²⁰ No es prioridad debido a que está categorizado como país de renta media alta, está entre los veintinueve países con baja dependencia en recursos internacionales para programas de VIH (entre 0% y 24% según datos del año 2010) ya que el estado ha aumentado el presupuesto para la lucha contra el VIH /SIDA de USD 2.6 millones en 2005 a USD 24 millones en 2010 y, finalmente, porque la epidemia de VIH es concentrada, lo que significa que menos del 1% de la población general tiene VIH, aunque existen poblaciones en donde la prevalencia aumenta hasta superar el 5%.

En cuanto a la distribución del gasto por fuente, la inversión de la Red Pública de Salud alcanza al 85,49 %, la de la cooperación internacional alcanza el 11,17 %, y, finalmente, la inversión de las instituciones autónomas y ONG es del 3,29 %. Cuando se analiza la inversión por rubros el 48,94 % se destinó a la compra de medicamentos, el 28,62% a pruebas de laboratorio para el diagnóstico y asesoramiento sobre VIH, el 9,58 % fue para gasto en el monitoreo de laboratorio específico para el VIH (carga Viral y CD4) (EC Ministerio de Salud Pública 2018, 20).

En el Ecuador el Fondo tiene presencia desde el año 2005 y ha desembolsado un total de USD 68,731,438 dentro del componente de VIH, que corresponden a un total de seis proyectos. En el gráfico a continuación se observa la evolución de los desembolsos por año.

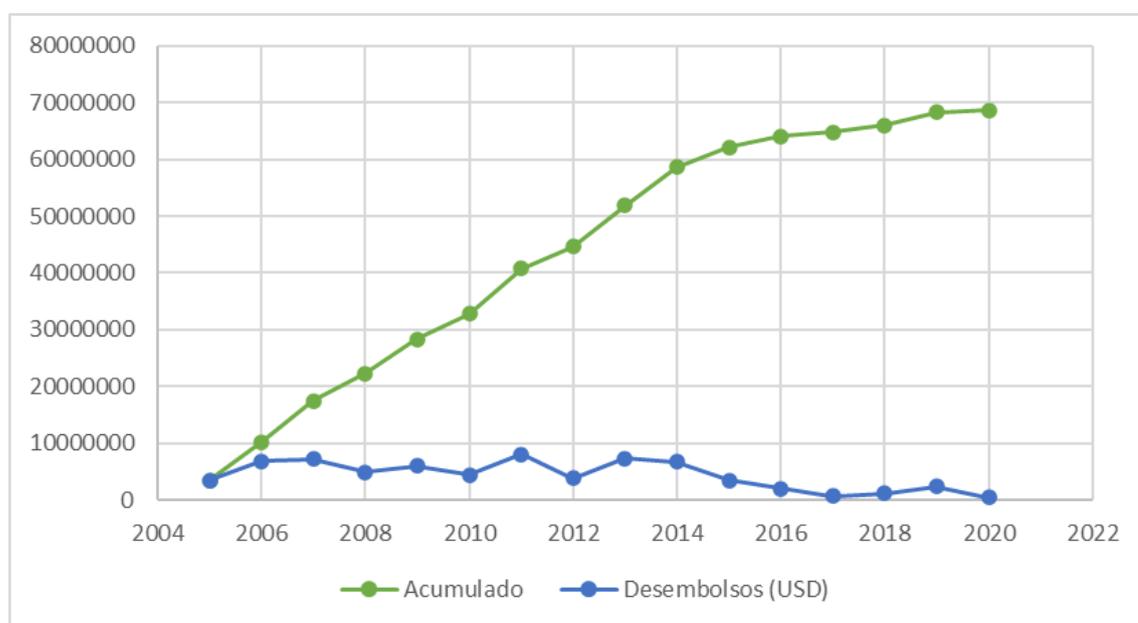


Figura 18. Desembolsos del Fondo Global para VIH a Ecuador por año
Fuente: Fondo Global 2020 y elaboración propia

El año en el que se dio el mayor desembolso fue en el 2011 con un total de USD 8,0 millones, seguido del 2013 con USD 7,2 millones y el 2007 con USD 7,1 millones. En promedio el Fondo Global ha desembolsado USD 4,3 millones anuales desde el 2005.

Los recursos han estado destinados al financiamiento de 6 proyectos, entre ellos los dos correspondientes a la Ronda 9, en la tabla a continuación se detalla el nombre de los proyectos, las fechas en las que se realizaron y la programación financiera:

Tabla 8
Resumen de los Proyectos Financiados por el Fondo Global en el Ecuador – Componente VIH

Cód.	Fecha de Inicio	Fecha de Fin	Nombre del Proyecto	Estado	Recept or Principal	Calif.	Firmado USD	Comprometido USD	Desembolsado USD
ECU-202-G01-H-00	3/2005	2/2011	Ecuador – VIH – Ministerio de Salud Pública	Cerrado	MSP	Inaceptable	8,837,665	8,837,665	8,837,665
ECU-202-G03-H-00	6/2006	2/2010	Ecuador – VIH – CARE International	Cerrado	CARE International	Cumple las expectativas	4,293,341	4,293,341	4,293,341
ECU-910-G06-H	1/2011	12/2015	Ecuador – VIH – Ministerio de Salud Pública	Cerrado	MSP – Corp. Kimirina	Adecuado	4,119,077	4,119,077	2,260,623
ECU-910-G07-H	1/2011	12/2016	La respuesta de Ecuador al VIH: enfoque multisectorial hacia el acceso universal y la prevención en las poblaciones de mayor riesgo	Cerrado	Corp. Kimirina	Cumple las expectativas	18,410,012	17,553,921	17,553,921
ECU-H-KIMI	1/2017	12/2019	Alcanzar objetivos nacionales hacia la eliminación del VIH como un problema de salud pública al facilitar el acceso a pruebas a población clave a través de trabajo comunitario y asociaciones con organizaciones de la sociedad civil	En proceso de cierre	Corp. Kimirina	Excede las expectativas	4,239,491	3,937,180	3,937,180
ECU-H-MOH	5/2017	12/2022	Alcanzar objetivos nacionales hacia la eliminación del VIH como un problema de salud pública al descentralizar las pruebas al nivel de atención primaria de salud y mejorar los sistemas de recolección de datos	Activo	MSP	-	7,219,262	5,123,839	1,735,297

Fuente: Fondo Global 2020
Elaboración propia

Capítulo tercero

El Proyecto Ronda 9 de Lucha Contra el VIH/SIDA en el Ecuador y el enfoque comunitario

Este capítulo presenta información detallada del Proyecto VIH Ronda 9, analizando a los actores y sus relaciones y, el análisis del enfoque comunitario en relación a las etapas del ciclo de política pública ya definidas en el capítulo teórico.

1. El Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta al VIH/SIDA

El proyecto Ronda 9 está enmarcado en la versión actualizada del 2011 del Plan Estratégico Multisectorial de respuesta al VIH/SIDA 2007-2015 (PEM) al cual se articula y contribuye a los objetivos. La primera versión del Plan, elaborada en el año 2001, fue actualizada en 2005, 2007, 2011 y finalmente en el 2018. La actualización del PEM responde a la Declaración política sobre el VIH/SIDA de la sesión extraordinaria de las Naciones Unidas para el SIDA del año 2011.

El PEM VIH/SIDA fue elaborado y actualizado por el Ministerio de Salud Pública con participación de otras instituciones públicas nacionales y locales entre las que constan: Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos; Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Relaciones Laborales, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Rehabilitación Social, Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y la Secretaría Nacional de Planificación; además de veintiún organizaciones de la sociedad civil, entre las cuales están representantes de los grupos concernidos y organizaciones con experiencia en las áreas relacionadas y diez agencias de Naciones Unidas. Adicionalmente, el 17 de noviembre de 2011 mediante acuerdo ministerial número XX se autoriza la conformación del Comité Ecuatoriano Multisectorial de VIH/SIDA (CEMSIDA) que tiene como función principal “definir las líneas estratégicas nacionales de política pública para el diseño, implementación, evaluación y financiamiento de la respuesta nacional al VIH” (EC MSP 2011a, Art. 1). El Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS está a cargo de la Secretaría Técnica del Comité.

Para la implementación del plan se diseñó una estructura institucional interna *ad hoc* que es el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA que estaba compuesto por una instancia de coordinación multisectorial y una instancia de coordinación técnica.

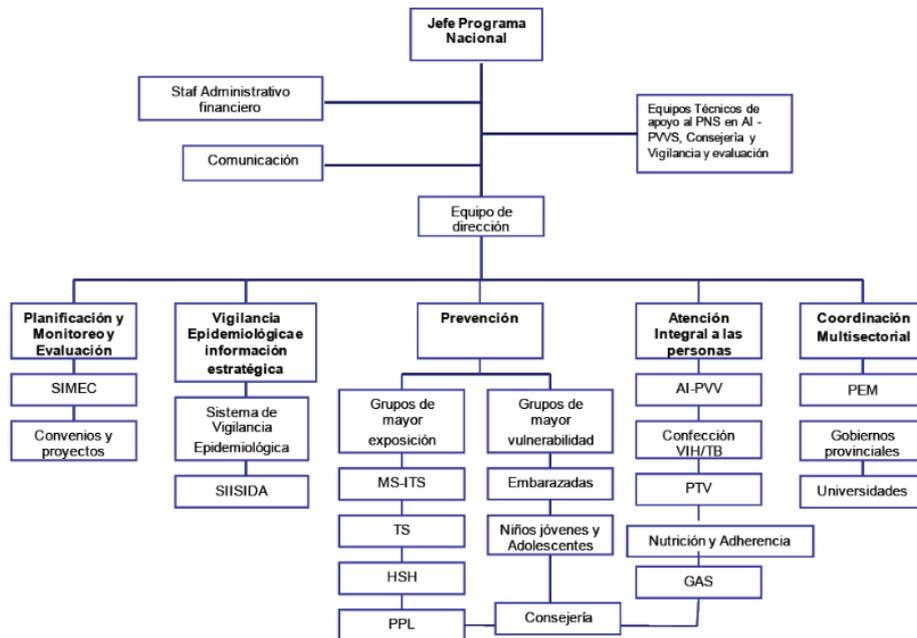


Figura 19. Organigrama de funcionamiento del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA - ITS

Fuente y elaboración: EC MSP 2011

No se encontró información sobre la relación jerárquica del programa con otras instancias del Ministerio de Salud, ya sean de la planta central o de las unidades desconcentradas. Adicionalmente, cabe señalar que el gráfico presenta dos tipos de información: una que puede estar relacionada con la organización de unidades en donde, por ejemplo, los equipos técnicos y las áreas de apoyo están por encima de la dirección; y, otra que se refiere a los cinco componentes del plan de acción. Resulta complejo comprender la dinámica, estructura, interacciones y mecanismos de coordinación que se derivan de esta estructura en la práctica.

El documento del PEM constituye “la hoja de ruta nacional que debe guiar la respuesta a la epidemia, tanto para las instancias públicas como para la sociedad civil y otros actores como la empresa privada, medios de comunicación, universidades, iglesias, etc.” (EC

Ministerio de Salud Pública 2011, 12). El PEM está elaborado en base en los lineamientos de Naciones Unidas. La coherencia se ilustra en el siguiente cuadro:



Figura 20 Componentes del PEM y su relación con los lineamientos de ONUSIDA

Fuente: ONUSIDA 2007 y EC 2011

Elaboración propia

El VIH además de ser planteado como un problema de salud pública es concebido como un problema ligado al desarrollo. En la actualización se mantiene tanto la misión como la visión del plan anterior, que son las siguientes:

Misión: Responder a la epidemia del VIH/SIDA en el Ecuador como un problema de desarrollo impulsando una respuesta multisectorial, promoviendo y ejecutando políticas desde nuestro rol como ciudadanos, organizaciones sociales e instituciones públicas.

Visión: Al 2016 en Ecuador se ha disminuido la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA gracias a una respuesta nacional, multisectorial, coordinada y con políticas públicas en ejecución que garantizan, con enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como a la equidad y la igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH/SIDA (EC Ministerio de Salud Pública 2011, 12).

Se resume en la disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia, el acceso universal a la promoción prevención y atención integral y, la garantía de condiciones de equidad e igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH/SIDA.

Los sectores prioritarios del PEM 2011 tienen gran coincidencia con los sectores definidos en el documento guía de ONUSIDA. A continuación, se presenta un resumen comparativo de los sectores prioritarios definidos por ONUSIDA, el Plan del 2007 y la versión actualizada en el 2011.

Tabla 9
Comparación de los sectores prioritarios

Sectores prioritarios	PEM 2007 – 2015	Actualización PEM 2007 – 2015, año 2011
1. Población general	X	X
2. Usuario de drogas inyectables		
3. Trabajadores de la salud		
4. Hombres	X	X
5. Hombres que tienen sexo con hombres	X	X
6. Personas viviendo con VIH	X	X
7. Poblaciones en condiciones humanitarias preocupantes	X	
8. Mujeres embarazadas	X	X
9. Prisioneros	X	X
10. Receptores de sangre	X	
11. Trabajadoras sexuales	X	X
12. Trabajadores del transporte y conductores comerciales,		
13. Usuarios de servicios sexuales	X	X
14. Poblaciones en situación de movilidad	X	
15. Personal policial y militar	X	X
16. Mujeres y niñas	X	X
17. Personas jóvenes	X	X

Fuente: EC Ministerio de Salud Pública 2007; EC Ministerio de Salud Pública 2011
Elaboración propia

Sobre las potencialidades y las limitaciones que tiene el concepto de incluir el factor comunitario en la corresponsabilidad y cogestión de la crisis, se recoge lo siguiente:

En el PEM 2007-2015 se caracteriza al sector del VIH/SIDA como un sector en donde existen fuertes alianzas entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales, como resultado de la presencia de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) organizadas. Aunque se pone énfasis en que la iniciativa es de naturaleza pública, recalca la importancia de la

participación social y comunitaria, especialmente en los momentos de gestión, monitoreo, control y vigilancia y, rendición de cuentas.

En la actualización del PEM se señala como un avance importante el fortalecimiento de la sociedad civil reflejado en la consolidación de redes como la Corporación de Personas Viviendo con VIH/SIDA (CPVVS), la Red Ecuatoriana de Organizaciones y Grupos que Trabajan en VIH/SIDA (Redevida), la Red de Organizaciones y Grupos de Ayuda Mutua (Redogam) en Guayas, la Red Nacional de Trabajadoras Sexuales (Redtrabsex) y la Red Trans del Ecuador.

2. Proyecto Ronda 9 de lucha contra el VIH/SIDA

En la convocatoria dirigida a proyectos para combatir el VIH/SIDA de la novena ronda del Fondo Global, se aprobó un programa para Ecuador que tiene los siguientes objetivos:

- Reducir la mortalidad por SIDA y la transmisión del VIH.
- Contribuir a mejorar la capacidad de los trabajadores de la salud.
- Diagnosticar clínicamente el SIDA y diagnosticar y tratar infecciones de transmisión sexual, coinfección TB / VIH y otras infecciones oportunistas.
- Fortalecer las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH.
- Actualizar, simplificar e integrar el sistema nacional de información con todos los demás utilizados dentro del sistema nacional de salud.
- Capacitación para mejorar las habilidades de los trabajadores de la salud en análisis de datos y permitir la vigilancia de segunda generación de la epidemia en las poblaciones más expuestas.

El proyecto que finalmente fue adjudicado estaba conformado por dos programas: a) un programa de prevención, que fue asumido por las organizaciones de la sociedad civil; y, b) un programa de atención a cargo del Sistema Nacional de Salud y de dos hospitales privados (Hospital Voz Andes y Junta de Beneficencia de Guayaquil). Según el Ministerio de Salud Pública, los efectos positivos de contar con estos recursos se resumen así:

Han permitido incrementar sustancialmente el nivel de la respuesta nacional y dotar de un mayor dinamismo a las organizaciones del sector desde el momento de su articulación en función del diseño del proyecto, en la solución de la *crisis de alerta temprana* y en el desarrollo de estrategias de incidencia y facilitación para el cumplimiento de los requisitos previos para beneficiarse de los recursos (2007, 16).

El proyecto de atención liderado por el Ministerio de Salud Pública se firmó por un monto de USD 4,1 millones se enfocó en el tratamiento basado en antirretrovirales y en el monitoreo, y desarrollo de políticas públicas. El proyecto estaba planificado para el período 2011-2015, se desembolsó el 55% de lo firmado y se cerró con una calificación de B2 que corresponde a inadecuado pues no se ejecutó todo el dinero transferido.

El proyecto de prevención, a cargo de la Corporación Kimirina se firmó por 18,4 millones de dólares y está centrado en la reducción del estigma y el fortalecimiento de la sociedad civil. El título de este proyecto fue: La respuesta de Ecuador al VIH: enfoque multisectorial hacia el acceso universal y la prevención en las poblaciones de mayor riesgo.

Los principales objetivos del Proyecto Ronda 9 (Country Coordinating Mechanism 2009, traducción propia) son: disminuir el nivel de exposición y vulnerabilidad de las poblaciones en mayor riesgo; incrementar la calidad y cobertura de los servicios provistos a las personas viviendo con VIH para disminuir la mortalidad a causa del SIDA; mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH de acuerdo a su sexo y edad; fortalecer el sistema nacional de vigilancia en salud, monitoreo y evaluación; y finalmente, fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas para facilitar la consecución de los objetivos del PEM.

Para lograr estos objetivos, las principales estrategias propuestas para la prevención, tratamiento, cuidado y soporte son: proveer terapia antirretroviral gratuita, prevenir la transmisión madre-hijo, implementación de centros para pruebas voluntarias y conserjería, gestión específica de infecciones de transmisión sexual, entre otras. Se incluye la creación de redes de apoyo, abogacía, incidencia política, veedurías, etc. Como parte del diagnóstico se identificó que las organizaciones que trabajan con las poblaciones más vulnerables carecen de recursos para actividades de prevención.

Las prioridades del proyecto son: incrementar la cobertura del tratamiento antirretroviral, incrementar el uso de condón e incrementar los servicios de análisis y conserjería sobre VIH.

El proyecto Ronda 9 se firmó por 18,4 millones de dólares. El Fondo Global realizó cuatro desembolsos, según el detalle adjunto:

Tabla 10
Desembolsos Proyecto Ronda 9

Año	Desembolso	Acumulado
------------	-------------------	------------------

2016	1,737,005	14,530,547
2015	2,611,274.23	12,793,542
2014	4,783,820.77	10,182,267.8
2013	5,398,447	5,398,447

Fuente: Fondo Global 2020

Elaboración propia

La disponibilidad de estos recursos llevó a la actualización del PEM para incorporar los recursos del Fondo Mundial en su programación. En la tabla a continuación se presenta la programación plurianual del PEM que incluye los recursos del Fondo Mundial.

Tabla 11

Programación Plurianual 2011 – 2012 – 2013 por fuente de financiamiento del PEM

Estrategias	Estado Ecuatoriano	Proyecto del Fondo Mundial a cargo del MSP
1. Consolidación del liderazgo, la coordinación intersectorial, transversalización y promoción de la participación efectiva de la sociedad civil organizada.	\$ 68,388.00	\$ 189,372.00
2. Armonización del marco legal -con enfoque de género y diversidad sexual- en cumplimiento de la política nacional de salud sexual y reproductiva, la Ley de Atención Integral al VIH.	\$ 96,456.00	\$ -
3. Establecimiento de una política de promoción y prevención consensuada que tome en cuenta la diversidad y multiculturalidad.	\$ 9,880.00	\$ 42,000.00
4. Posicionamiento del VIH en la sociedad civil y en las instancias de decisión.	\$ -	\$ -
5. Aseguramiento de la disponibilidad de insumos y medicamentos para el acceso universal a la atención y prevención en los sectores prioritarios para la acción.	\$ 4,730,556.00	\$ 194,000.00
6. Gestión de la información para el monitoreo nacional de la epidemia.	\$ 20,000.00	\$ 177,000.00
7. Monitoreo de la respuesta nacional.	\$ 708,132.00	\$ 18,500.00
8. Aseguramiento de los recursos y la calidad del gasto para la ejecución del plan.	\$ -	\$ -
TOTAL	\$ 5,633,412.00	\$ 620,872.00

Fuente: EC Ministerio de Salud Pública 2011

Elaboración Propia

El presupuesto más alto corresponde al objetivo 5, cuya meta es que, en el año 2015, el 90% de grupos más expuestos tengan garantizado el acceso a condones y a insumos de prevención por parte del Estado, y se cuente con una política implementada que asegure la

disponibilidad de condones de calidad y a bajo costo a la población general. No se asignaron recursos al posicionamiento del VIH en la sociedad civil y en las instancias de decisión. El Fondo Global aportó principalmente a los objetivos 1, 5 y 6 que tienen relación con la gestión, la compra de insumos y el monitoreo del PEM.

Erazo (2020, entrevista personal)²¹ recalca la incorporación del enfoque comunitario, y la presión para el cumplimiento de los resultados en relación al Proyecto Ronda 9

Fue el primer proyecto con alcance nacional e interrelación de redes comunitarias que se implementó en el país bajo ejecución de campo de poblaciones claves, en este escenario, se puede decir que fue un plan piloto en el que a pesar de que la mayoría de las organizaciones ya venía trabajando en temas principalmente de prevención del VIH, con éste proyecto debían asumir el reto de trabajar en equipo para la consecución de resultados, que era una de las presiones que el receptor principal por mandato del Fondo Mundial mandaba a cumplir a cabalidad, incluso por encima del verdadero impacto de dichos resultados.

A partir de las entrevistas realizadas y en el contexto de esta investigación, se identifican como los principales logros de la intervención los siguientes:

- Fortalecimiento de redes comunitarias y organizaciones sociales.
- Elaboración de un mapa efectivo de zonas para intervención con poblaciones claves que incluye un banco de datos muy completo.
- Realización de talleres de prevención del VIH con poblaciones concernidas a nivel nacional, aplicación de pruebas de testeo y promoción de valor preventivo del uso combinado del condón y lubricante para relaciones sexuales.
- Aplicación exitosa de la metodología de alcance a pares para las comunidades concernidas a través de charlas de prevención del VIH y otras ITS.

2.1. Identificación y análisis de actores

En este apartado se realiza la identificación de los actores clave, se describe y realiza un perfil de cada uno desde el punto de vista de su relación con el proyecto. Se examina a los actores desde sus atributos, como son: el poder, los intereses, la legitimidad y las relaciones de colaboración o conflicto existentes entre ellos; y, finalmente, se presentan las relaciones e interacciones entre los actores.

²¹ Karina Rashell Erazo Preside la Asociación ALFIL y Referente Nacional para Ecuador ante la Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres Trans – Redlactrans, activista de los derechos humanos con más de 15 años de trabajo.

El donante: Fondo Global

El Fondo Global fue fundado en 2002 y concebido para acelerar el final de las epidemias de SIDA, tuberculosis y malaria. Es una asociación entre gobiernos, sociedad civil, sector privado y personas afectadas por las enfermedades. Recauda e invierte cerca de cuatro mil millones de dólares anuales para financiar programas dirigidos por expertos locales en los países y las comunidades que más lo necesitan. Los principales logros del Fondo Global relacionados con el VIH se resumen a continuación:

Desde el pico de la crisis del VIH a fines de la década de 1990 y principios de la década de 2000, hemos reducido a la mitad las muertes anuales relacionadas con el SIDA y las nuevas infecciones.

De los 37,9 millones de personas que viven con el VIH, 23,3 millones reciben terapia antirretroviral, 18,9 millones en países respaldados por el Fondo Mundial en 2018 (Fondo Global 2020, s/n).

El Fondo Global, por la gran cantidad de recursos que maneja y su especialización en el tema, tiene la capacidad de condicionar la entrega de recursos a la adopción de sus recomendaciones, aunque señala que la estrategia de intervención reconoce las prioridades, oportunidades, liderazgo y mecanismos de rendición de cuentas nacionales y regionales. Entre las recomendaciones están poner énfasis en la inclusión de poblaciones clave para garantizar el acceso a servicios integrados, un marco jurídico pertinente y libre de discriminación, y en el cumplimiento de los lineamientos de ONUSIDA. También recalca la importancia de que la sociedad civil y las comunidades participen en el diseño, ejecución y seguimiento de las intervenciones y la prestación de servicios.

Los receptores principales: Ministerio de Salud Pública y Corporación Kimirina

Para la implementación del Proyecto Ronda 9 se conforma una estructura encabezada por el Ministerio de Salud Pública a través del Mecanismo Coordinador de País (MCP) que es el responsable de la supervisión y coordinación, la presentación de propuestas, el seguimiento y la evaluación.

El Proyecto Ronda 9 se ejecuta en un marco institucional consolidado en el que el Estado que es un actor dominante, tiene poder político, jurídico y administrativo ya que según el

Artículo 361 de la Constitución de la República es rector del Sistema Nacional de Salud a través del Ministerio de Salud Pública. La intervención estatal en el Ecuador ha logrado legitimidad en la medida que se reconoce por varias organizaciones como líder de las iniciativas para la lucha contra el VIH, que se reflejan en instrumentos concretos de política pública y en la inversión de recursos canalizados principalmente a través del sistema de salud. En el esquema de Ecuador, el Estado tiene una relación directa con la cooperación internacional como interlocutor en el contexto internacional, por tanto, recibe fondos y asistencia técnica, ejecuta directamente acciones en concordancia con lineamientos internacionales y coordina con organizaciones no gubernamentales.

La Corporación Kimirina es una organización no gubernamental fundada en 1999 con un proceso sostenido de ejecución de proyectos sobre malaria y VIH. Sus ámbitos de interés son: salud, salud sexual y reproductiva y, en menor proporción, derechos humanos. La relación con las organizaciones comunitarias es como institución de *segundo piso*, es decir, canalizadora de recursos que ejecutan organizaciones más pequeñas en calidad de sub receptoras que, evidentemente, funcionan condicionadas rígidamente para obtener y ejecutar el financiamiento.

Según su Directora General Amira Herdoiza la Corporación Kimirina (2017) busca crear procesos de concertación y toma de decisiones en el marco de las diferencias y la diversidad y movilizar a la sociedad ecuatoriana para reducir el impacto del VIH/SIDA. Apoya a organizaciones que trabajan en VIH/SIDA, con el afán de que la población clave sea corresponsable para evitar el aumento del índice de contagio. Y trabaja con un enfoque de asociación en la incidencia sobre políticas públicas.

Los subreceptores: organizaciones comunitarias

La relación del Ministerio de Salud Pública con los actores sociales y comunitarios, como ya se había mencionado, ha sido vertical y mediada por organizaciones no gubernamentales. Las principales actividades en relación a las organizaciones comunitarias se dirigen a fortalecer las organizaciones comunitarias que trabajan con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) para estrategias de prevención entre pares. Incrementar el alcance de programas de prevención para individuos trans, (incluyendo promoción entre pares y distribución de productos para el sexo seguro). Fortalecer las organizaciones de trabajadoras

sexuales. Estudios y actividades relacionadas con los servicios de salud institucionales o con el acceso a recursos para las personas viviendo con VIH (PVVS).

Las organizaciones comunitarias, representan a las poblaciones concernidas, sin embargo, su capacidad de incidencia es limitada en la ejecución de proyectos y en la toma de decisiones. A continuación, se presenta una lista con las principales características de las organizaciones subreceptoras de la sociedad civil:

Tabla 12
Subreceptores comunitarios

Organización	Población	Características
Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador (RedTrabSex)	Trabajadoras Sexuales	Fundada en 2005 Luchar por la defensa de los derechos y una mejor calidad de vida. Integrada por organizaciones y grupos de mujeres
Red Transgéneros y Travestis del Ecuador, Grupo Alfil, Secretariado de la REDTRANS	Transgénero y HSH	Fundado en 2006 Articula a 13 organizaciones Incidencia política y prevención del VIH/SIDA
Coalición Ecuatoriana de personas que viven con VIH/SIDA – CPVVS	PVVS	Creada en 2003 Conformado por 25 grupos y organizaciones comunitarias

Fuente: *Country Coordinating Mechanism* 2009

Elaboración propia

La CPPVS es reconocida como “el espacio más importante de coordinación nacional de las personas que viven con VIH/SIDA, cuenta con representaciones o núcleos en catorce provincias del país y con una estructura organizativa sólida” (EC Ministerio de Salud Pública 2011, 27).

Desarrollan acciones sobre los siguientes ámbitos:

- Incidencia política
- Veeduría
- Reducir el estigma y la discriminación
- Exigibilidad de derechos
- Formación de liderazgo
- Investigación
- Participación en redes internacionales
- Iniciativas para mejorar la calidad de vida de las PVVS

En el caso de las organizaciones de personas trans, de hombres que tienen sexo con hombres y de trabajadoras sexuales, se menciona a la Fundación Ecuatoriana Equidad y a la Redtrabsex.

Las principales acciones de estas organizaciones son las siguientes:

- Consejería de pares
- Prevención
- Fortalecimiento organizativo
- Comunicación
- Promoción de la prueba de VIH
- Liderazgo
- Promotoras de prevención comunitarias de VIH
- Investigación
- Incidencia política
- Exigibilidad de derechos humanos

Según Luna (2020, entrevista personal)²², las organizaciones comunitarias que tienen relación con el VIH tienen características complejas que definen su papel en el intercambio con otros actores y la participación, por ejemplo, en procesos técnicos continuos:

Las organizaciones son intentos de organizarse, no tienen fondos, recién se meten en el tema político, tienen capacitaciones incipientes, y aún es muy pequeño el número de activistas. La organización de las personas que no son positivas ha generado los cambios en el Ecuador, por ejemplo, los médicos que son unos aliados necesarios.

La mayoría de organizaciones se concentran en el seguimiento y denuncia respecto al acceso a la provisión de medicinas, por ejemplo, pero falta un sustento simbólico y cultural que sustente la construcción de la comunidad.

Por otra parte, están las organizaciones no gubernamentales que no tienen características comunitarias sino institucionales, las mismas que se caracterizan a continuación:

Tabla 13
Subreceptores institucionales

Organización	Población	Características
Fundación Pájara Pinta	Adolescentes y jóvenes	Fundada en 1988 Incidencia sobre VIH

²² *Artivista* Seropositivo, realiza estudios del VIH desde lo cultural, simbólico y educacional

Coordinadora SIDA Guayas	Adolescentes y jóvenes	Trabajo con jóvenes en situación de exclusión y marginación social
Plan Internacional	Niños adolescentes	Con presencia en Ecuador desde los años 80 Intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva y prevención del VIH/SIDA
Fundación Ecuatoriana para el Desarrollo Humano – FELDHU	Niños, adolescentes y mujeres	Problemáticas psico sociales en situaciones de vulnerabilidad social
Fundación Ríos de Agua Viva	PVVS	Protección integral de los DDHH de las PVVS
Fundación Amigos por la Vida – FAMIVIDA	Personas GLBT	Derechos de la comunidad
Fundación Vida Libre	PVVS-HSH	Prevención de VIH/SIDA Apoyo a grupos de base comunitaria
Fundación Quimera		Promoción de derechos humanos

Fuente: MCP 2009

Elaboración propia

En relación al concepto de *policy community* (Miller y Demir 2007) se refiere a un grupo social heterogéneo con un conocimiento y un discurso común puesto en escena para lograr un objetivo, desde esta perspectiva teórica se habla de la formación de una comunidad alrededor del tema del VIH/SIDA, en donde se encuentra a las agencias internacionales, al Estado ecuatoriano y a las organizaciones no gubernamentales de primer y segundo piso que se detallaron anteriormente. En el gráfico a continuación se ilustran las relaciones entre estos actores en el contexto de la ejecución de los planes del Fondo Global.

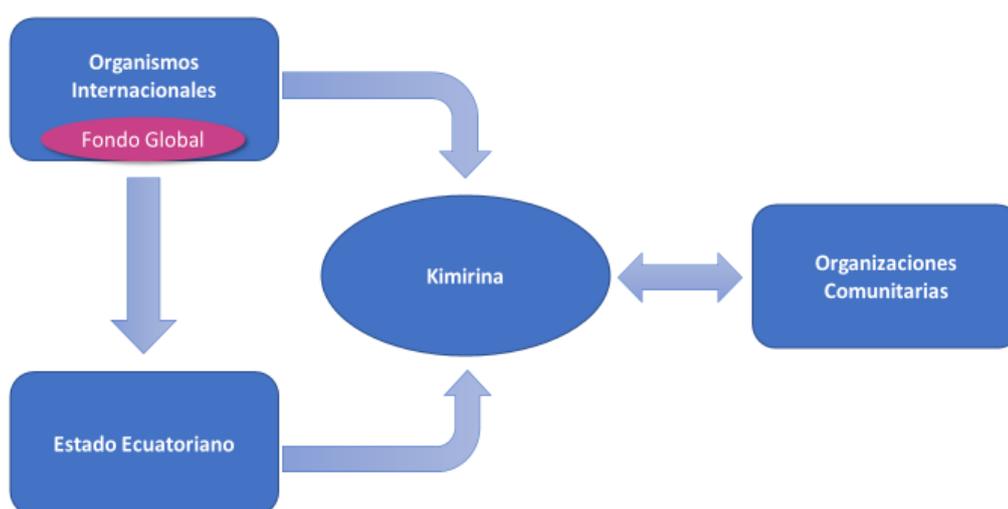


Figura 21 Mapa de actores e interrelaciones

Fuente: Mecanismo Coordinador de País 2009

Elaboración propia

Después de aplicado el Análisis CLIP a los actores, se clasificó al Fondo Global como un actor influyente, al Ministerio de Salud Pública y a Kimirina como actores dominantes y a las organizaciones sociales como actores vulnerables.

El Fondo Global tiene un nivel de recursos alto, principalmente por el acceso a recursos y a conocimientos técnicos respecto al VIH. El Ministerio de Salud, al ser una autoridad política y Kimirina al tener un alto nivel de conocimiento y habilidades técnicas comparten el mismo grado. A pesar de que conocen muy bien la problemática y tienen facilidad para interactuar con la población beneficiada por el proyecto, las organizaciones comunitarias poseen pocos recursos, en cuanto a su habilidad para relacionarse con sus miembros y a la experiencia en los temas que enfrenta.

Los intereses netos de cada actor en relación a la ejecución del proyecto traducido en ganancia de recursos, autoridad, acceso a información, legitimidad o relaciones sociales, se ha calificado la posición del Fondo Global como neutra pues la ejecución en el país y el impacto en los indicadores globales es baja, el Ministerio de Salud tendría ganancias medias porque si bien los recursos amplían su margen de acción, no existía una dependencia en esos recursos en el momento de la firma del proyecto y representaban una pequeña parte del total de la inversión. Para Kimirina y las organizaciones comunitarias la correcta implementación del Proyecto generaría ganancias altas, en el caso de Kimirina porque el aporte al presupuesto institucional es significativo y en el caso de las organizaciones comunitarias porque les garantizaría mayor acceso a actividades de tratamiento y prevención de la enfermedad.

Finalmente, respecto de la legitimidad de cada actor con base en la ley o las costumbres sociales, formalmente todos se reconocen como actores legítimos dentro del ámbito de acción de PEM, pero hay una distancia entre los actores técnicos y los comunitarios, reflejo del modelo de política pública y de salud vigente en el país.

Desde la perspectiva de Luna (2020, entrevista personal), la concepción de la epidemia ha marcado una diferenciación entre personas seropositivas, es decir portadores de VIH y cero negativas, que no tienen VIH. La política pública se enfoca en prevenir la infección en personas sanas, es decir, tienen un *enfoque de negativos*, que se expresa también en la conformación de las entidades técnicas, eso es, una abundancia de personal técnico que no comparte la visión, el lenguaje ni los símbolos de las comunidades concernidas y tampoco se ocupa de los efectos de la enfermedad en las personas que viven con VIH.

3. El enfoque comunitario en el Proyecto Ronda 9

El objetivo de este trabajo fue establecer los parámetros y características universales y nacionales de la incorporación del enfoque comunitario en las políticas públicas de VIH para formular recomendaciones orientadas a funcionarios, asesores, comunicadores, y trabajadores de fundaciones y organismos no gubernamentales.

Para el análisis se toma como ejes los conceptos fundamentales relacionados con el enfoque comunitario y las cuatro fases del ciclo de las políticas públicas –agenda, formulación, implementación o gestión y; seguimiento y evaluación–, con énfasis en la fase de implementación basado en el análisis de caso del Proyecto del Fondo Global.

3.1. La comunidad concernida por el VIH/SIDA

Como se señaló en el marco teórico, la comunidad no es un hecho objetivo y observable sino un concepto que surge, en este caso, en el contexto de la epidemia de VIH con sus particulares características en el Ecuador, que corresponden a un país en vías de desarrollo con una institucionalidad fuerte e influenciada por las políticas internacionales. Según Luna (2020, entrevista personal), “todos deberíamos ser concernidos en relación al VIH, la epidemia definió nuestra sexualidad, nos obligó a todos a ponernos un preservativo, en ese sentido también, el Estado debería hacerse cargo del problema, es su epidemia”.

Cuando el análisis técnico antecede a la consolidación de una comunidad, existe el riesgo de que la comunidad se configure a partir de los imaginarios de población que, como en el caso del VIH, refuerzan los prejuicios, el estigma y la discriminación por ejemplo hacia grupos LGBTI y hacia los pacientes seropositivos (Bustamante 2011). Los entrevistados coinciden con Bustamante en el peso que tienen los mitos en la configuración de la comunidad, por ejemplo, Luna (2020, entrevista personal) afirma que: “Los positivos no quieren admitir que tienen VIH porque van precedidos de los mitos, no hay diálogo y las personas no quieren involucrarse, es tan fuerte el estigma que ni los activistas declaran su estado serológico”.

Aplicando los conceptos de antropotopo y antropocenos, se afirma que la comunidad concernida comparte un contexto físico, que coincide con el Estado Nación y en esa medida están directamente afectados por las políticas públicas nacionales, el marco jurídico y el marco institucional. Sin embargo, el contexto geográfico no es homogéneo y las políticas de salud, las

condiciones de estigma y discriminación y los servicios de salud si tienen variantes de acuerdo al lugar en donde se encuentren los individuos.

Las comunidades de VIH son interseccionales pero las personas con VIH están muy metidas en el closet. Actúan como si fueran concernidos, como si fueran *gay*, pero no reconocen su estado serológico y por tanto evaden temas fundamentales como la sexualidad (Luna 2020, entrevista personal).

La antroposociosis, por otro lado, constituida por el tejido social comunitario, especialmente lo relacionado con las redes de pares si son un referente para las personas seropositivas. Manzano (2020, entrevista personal)²³ lo explica desde la experiencia:

Hay un trabajo a nivel comunitario muy interesante que no se ha sistematizado donde, desde mi experiencia, el activismo marca la diferencia, cuando acompañamos a la persona la primera vez en su proceso de vinculación al sistema de salud, estás haciendo el 50% del camino. Cuando van solos no saben cómo afrontar esto. En la sala de espera en un hospital se enfrentan a ex parejas, conocidos, el círculo es muy pequeño. Cuando la persona tiene la posibilidad de afrontar esto acompañada por otra, esto es una enorme ventaja.

La comunidad concernida está integrada por individuos heterogéneos que se relacionan entre sí directa o indirectamente y que cambian en el tiempo, por tanto, la comunidad refleja esta composición. Manzano (2020, entrevista personal) lo explica:

Hay personas que tienen VIH y recursos económicos que se hacen atender fuera del país y tienen acceso a medicamentos y, por lo tanto, pueden mantener el anonimato; otros que dependen absolutamente del Ministerio de Salud Pública para acceder a medicamentos, exámenes o atención y tienen que arriesgarse a que alguien les reconozca cada vez que van a retirar la medicación, lo que obstaculiza la adherencia al tratamiento. Vivir con VIH no te hace igual a otro, los privilegios tienen un lugar importante.

Otra característica importante de la comunidad es que comparte un campo social que constituye un conjunto de relaciones, en el caso de la comunidad concernida en Ecuador estas relaciones están marcadas por el estigma de tener VIH y por otras posiciones sociales definidas por el acceso a cierto tipo de capital social que los diferencia y jerarquiza, como la posición socioeconómica, la situación geográfica, las características educativas, el acceso a los servicios de salud, entre otros.

Es importante recalcar la importancia del capital simbólico en el caso de la comunidad concernida por el VIH/SIDA pues el reconocimiento formal de algunos actores o su

²³ Promoción, garantía y defensa de Derechos Humanos, con énfasis en personas LGBTI, género y democracia.

marginación con base en su identidad de género o su medio de vida, por ejemplo, marca un lugar en la estructura social y el acceso o no a intervenciones, servicios y recursos.

Hay un salto de la comunidad imaginada a la comunidad como actor de las políticas públicas. Para la política pública es suficiente que haya un grupo de personas para poder hablar de comunidad, es ese sentido. Hay varios grupos que se pueden identificar e incluso diferenciar con base en criterios cuantitativos, como es el caso del VIH, en donde se analiza la prevalencia, se cruza con los factores de riesgo, y se definen los grupos concernidos; en este contexto no se hablaría de una comunidad sino de varias comunidades. Sin embargo, desde la perspectiva social, al hecho de que existan grupos de personas se suma el reconocimiento de la diversidad de los individuos, lazos sociales y su expresión política, es decir las acciones que quieren llevar adelante de forma organizada. En este sentido, a decir de Manzano (2020, entrevista personal):

Definitivamente la ciudadanía organizada debe ser fortalecida, estamos acostumbrados a las mismas voces, cuando debería haber más voces, debería haber más gente involucrada de manera permanente para ayudar a los ciudadanos a posicionarse en el caso del VIH es más complejo porque hay muy pocas personas valientes que quieran hablar.

En el caso del VIH no se habla de una comunidad política fuerte, pero los actores han planteado alternativas a este vacío que están relacionadas con la creación de organizaciones no gubernamentales que representan a una comunidad y, a la identificación y promoción de activistas que toman la bandera de la diversidad sexogenérica y la del VIH para posicionar temas relevantes para los pacientes seropositivos, en palabras de Luna (2020, entrevista personal) “debes generar un lugar de enunciación, no desde lo personal sino desde la comunidad, y da una voz a las personas y llevar información que no se da desde las instituciones”.

Es interesante ver que el activismo, a pesar de que es visto como un riesgo pues podría llevar a la sobre exposición y a la extorsión, es visto como una opción sólida, para una comunidad con las características de los concernidos por el VIH y también en coherencia con este momento histórico en que la tecnología y las redes sociales son el mecanismo por excelencia de contacto y puede, además, ser un lugar seguro en el cual los individuos mantienen su anonimato. La diversidad implica que no todos se sientan representados por un grupo, pero es más fácil identificarse con una persona en particular.

Uno de los escenarios más duros es cómo el activismo logra conectarse con más gente para multiplicar los esfuerzos, lo comunitarios no es homogéneo; lo más difícil es identificar más

gente para generar cambios sustanciales. La comunidad requiere al activista cuando no encuentra respuestas. Hay que ir formando jóvenes como activistas. Hay que formar y después que la gente vea cómo y qué hace, desde la política, el arte, desde su profesión. (Manzano 2020, entrevista personal)

En conclusión, es importante contemplar que, si bien existen mecanismos comunitarios más o menos cercanos a la comunidad orgánica o a las instancias técnicas y comunidades epistémicas, no se puede equiparar comunidad a organización no gubernamental.

3.2. Agenda

Como se había dicho antes, la agenda corresponde a la identificación de una situación insatisfactoria y la inclusión de su tratamiento en la agenda de política pública. Desde la teoría se estableció, además, la necesidad de que a lo largo de todo el ciclo de la política pública los miembros de las comunidades tengan una participación activa, que las relaciones de poder sean simétricas y, que se construyan sobre fuentes, datos, enfoques, técnicas y teorías (Martínez Ravanal 2006). Esto garantizaría que la política en cuestión esté construida desde las bases, con un enfoque *bottom-up* y que la agenda sea acordada.

En el Ecuador el problema del VIH/SIDA se reconoció como público cuando se crea el Programa Nacional en el año 1987 a cargo del Ministerio de Salud con muy pocos recursos y un alcance restringido; para ese momento, en el mundo la enfermedad había causado estragos y había sido ya medicalizada. En el Programa se crean políticas para su diagnóstico, tratamiento y prevención.

Es hasta los años 90 que las organizaciones no gubernamentales especializadas en salud sexual y reproductiva incluyen al VIH entre sus áreas de intervención y recién a finales de la década se prioriza el trabajo con comunidades vulnerables.

En el ámbito internacional hay dos hitos, la creación de ONUSIDA en 1996 y la clasificación del VIH como pandemia en el mismo año, que tienen como efecto que el Estado ecuatoriano deba sumarse a las declaraciones políticas y estrategias técnicas de Naciones Unidas. Por tanto, la inclusión del VIH/SIDA en la agenda de política pública del país se origina desde el enfoque médico y los lineamientos y definiciones de prioridades están marcados por los intereses y los recursos disponibles de los organismos internacionales más que por la reivindicación de las comunidades concernidas en lo local. El hecho de que el tema siga vigente

hasta la actualidad se debe en parte a que la epidemia esté en la agenda pública y no necesariamente en la agenda gubernamental.

En el año 1999 se funda la Corporación Kimirina y en el 2003 la Coalición de Personas Viviendo con VIH/SIDA con el fin de “con el fin de lograr el respeto a sus derechos y el acceso a atención integral y tratamientos antirretrovirales” (CPVVS 2020, s/n); en la primera asamblea de la Coalición estuvieron presentes 70 personas, debido a que el avance de la epidemia fue lento, la detección de personas seropositivas era muy baja en la primera década del milenio y se daba en fases avanzadas de la enfermedad y, además, las personas que admitían públicamente tener VIH/SIDA estaban expuestas al estigma y la discriminación mencionada.

Finalmente, el hecho de que el Mecanismo Coordinador de País fue creado como un requisito necesario para el desembolso del Fondo Global nos muestra que la inclusión de la sociedad civil no deviene de su reconocimiento como actor, sino de la necesidad de cumplir con un requisito técnico para conseguir recursos. En conclusión, se habla de una política diseñada desde la perspectiva *top-down* que se centra en el diseño técnico de la política pública y no en los intereses de la comunidad.

Esta visión se ve reforzada por la postura del entrevistado que afirma que el papel de las comunidades concernidas en el proceso de posicionamiento del VIH/SIDA como problema público en el Ecuador es prácticamente nulo y explica las razones:

Las comunidades deben transitar del estigma al *concernimiento* ya que el solo hecho de pertenecer a una comunidad, tomando en cuenta la construcción filosófica de lo que ello significa, un grupo en común, una *communitas*, no puede convertirse en un proceso de estigmatización automática. Las prácticas de riesgo que pueden verse desde la ética del análisis epidemiológico como comunitarias, no lo son desde la comunidad: los hombres que tienen sexo con hombres, tienen que entenderse como práctica de riesgo, no como comunidad; sin embargo de esto, las comunidades vulnerables, como lo son las comunidades de *gay* y mujeres transfemeninas, por citar una sola variable, sí que están en vinculación con estas prácticas de riesgo, de varones heterosexuales que en el devenir de su vida sexual, son usuarios, parejas, mantienen sexo transaccional y un largo etcétera que vulnera a dichos colectivos visibles en la polis (Sierra Páez 2020, entrevista personal).²⁴

El caso de las mujeres lesbianas es un claro ejemplo, son excluidas como comunidad con base en un prejuicio sobre sus prácticas y se les priva de la discusión importante, la de la salud sexual en un contexto no normativo como lo menciona Sandra Álvarez (2020, entrevista personal)²⁵.

²⁴ León Lucien Sierra Páez fue Director Ejecutivo Adjunto de la Corporación Kimirina entre 2010 y 2015

²⁵ Sandra Álvarez activista LGBTI Cofundadora de la Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas

En el Proyecto Ronda 9, como en todos los proyectos, las lesbianas hemos sido excluidas de todas las acciones, procesos y más. No nos consideran población vulnerable a la transmisión, y en base a estudios inexistentes nos han excluido. Nunca hemos recibido nada, ningún tipo de prevención, ni intervención, ni atención por parte del estado y lo poco que hemos intentado hacer desde las organizaciones sociales ha sido bastante limitado por la falta de recursos económicos. No hemos sido nunca parte de ningún proceso de consulta.

Es decir, que los estereotipos son reforzados por procesos técnicos y criterios estadísticos, el caso de las lesbianas que han sido excluidas tanto del Proyecto Ronda 9 como de otros procesos similares.

Existe exclusión basada en los mitos, porque se entiende y se piensa que las lesbianas siempre fuimos lesbianas y nunca tuvimos relaciones heterosexuales, cuando en los prostíbulos hay lesbianas que ejercen la prostitución, hay víctimas de explotación sexual comercial, hay mujeres que están casadas, usuarias de drogas inyectables, que se hacen tatuajes y acciones terribles de violencia sexual contra nosotras como las llamadas violaciones correctivas, que eran prácticas recurrentes en las clínicas de *deshomosexualización*. Además, las lesbianas podemos estar en riesgo de contagiarnos de alguna enfermedad de transmisión sexual, entre ellas el VIH, porque tenemos prácticas sexuales en las que hay transmisión de fluidos como el sexo oral para el cual se utilizan métodos de barrera que no están disponibles en el medio, pero ni siquiera nuestra propia población tiene el conocimiento de la necesidad de protegerse (Álvarez 2020, entrevista personal).

En este caso, se habla de una exclusión mixta, técnica y política basada en una discriminación estructural, tal vez existen datos técnicos y cuantitativos que permitan intuir que un grupo de la comunidad no es relevante para la intervención, pero esto sumado a los patrones de discriminación y las ideas patriarcales respecto de las diversidades sexogenéricas, hacen que se tome la decisión de no profundizar en el conocimiento del caso en concreto y por lo tanto son excluidos de toda intervención.

En conclusión, la sociedad civil tiene espacio cuando las instituciones así lo permiten y mientras más lejos estén sus miembros del poder político, menos incidencia tendrán. El proyecto Ronda 9 surge cuando el problema de salud pública ya está reconocido internacional y nacionalmente y por lo tanto es una obligación del Estado ecuatoriano enfrentarlo. Pero ello no coincide con las preocupaciones de la sociedad civil organizada; el propio *concernimiento* de las organizaciones de base comunitaria se incorpora en la construcción de esta necesidad como requisito técnico. Así lo entiende la comunidad internacional a través de sus mecanismos de acción frente a la pandemia, desde la lectura comparativa con el estudio de la epidemia en todo el mundo y las diversas respuestas que disímiles o alineadas se han dado hasta este momento. Sin embargo, la interlocución con la comunidad internacional está capitalizada por

las ONG más grandes y la tecnoburocracia internacional; la respuesta del Estado ecuatoriano, con su bajísima ejecución, demuestra una debilidad como país de cara a organismos internacionales como ONUSIDA o el Fondo Mundial, las comunidades van a la zaga de la iniciativa de las ONG. El resultado concreto de esta suma de factores es que la prioridad, la iniciativa, la necesidad como construcción del mapeo del estado de la cuestión con respecto al VIH/SIDA en el Ecuador, parte en gran medida de los intereses de la ONG y no necesariamente de las comunidades vulnerables o del Estado ecuatoriano, a pesar de que formalmente se reconoce la actoría de la comunidad.

3.3. Formulación

Como se había dicho, en la etapa de formulación se seleccionan las acciones para solucionar el problema y se realiza todo el proceso técnico de operativización. Para el caso del VIH se parte de la afirmación de que existe una *policy community* que fue detallada en el capítulo anterior, que cuenta con el aval y el respaldo técnico del Ministerio de Salud y la experiencia, el asesoramiento del Fondo Global y el conocimiento y experiencia de la Corporación Kimirina. Este postulado se ve confirmado por la aseveración de Sierra (2020, entrevista personal) que afirma que, para la formulación del proyecto, se contó con la experiencia de técnicos sanitarios y epidemiólogos de largo recorrido y se trazó un objetivo ambicioso, que en el origen contaba con un diseño adecuado e incluía el ámbito comunitario, pero que no contaba con la fortaleza de unas capacidades instaladas.

Retomando a Martínez Ravanal (2006), para poder hablar de la inclusión del enfoque comunitario en la fase de implementación debería existir un proceso de diseño o planificación en el que participe activamente la comunidad y en el que el diseño sea producto de su experiencia y necesidad.

El receptor principal, a través de sus redes y con instrumentos de planificación regionales de la Organización Panamericana de la Salud, construyó un modelo técnico muy eficiente, fruto de una lógica pre-comunitaria, de la respuesta a la pandemia que ya se usaba y en ese momento de llamado a concurso, todavía era un modelo ganador. También se adhirió la experiencia del receptor principal de la sociedad civil, que participaba paralelamente de la respuesta para la malaria, que se estaba ejecutando en el Ecuador con altísima eficiencia y eficacia, cuyo modelo de salud comunitaria fue muy efectivo y menos problemático que lo que sería con el VIH a futuro (Sierra Páez 2020, entrevista personal).

En cuanto a los parámetros para la selección de la comunidad, se mencionó que estos son positivos o negativos según las características en las que se concentra el proceso de selección (Martínez Ravanal 2006). Para el caso de del Proyecto Ronda 9, según se construyó un plan de asistencia técnica, acompañamiento y tecnificación de la respuesta en las organizaciones de base comunitaria que ya existían.

Esto nunca puede entenderse como un trabajo exclusivo del receptor principal de la sociedad civil, confluyeron los intereses, ahí sí comunitarios, de las dos grandes redes de comunidades afectadas a nivel de la región: la Red LACTRANS y la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, quienes tenían puntos focales en el Ecuador y pudieron generar un equilibrio comunitario multidiscurso. (Sierra Páez 2020, entrevista personal)

Se asume que el hecho de que existan personas con un problema en común que comparten un espacio geográfico se traduce en una comunidad con capacidad de incidencia, movilización y organización, pero no se analizan las características, los conocimientos, la legitimidad y la disparidad de intereses que existen entre estos grupos y las instituciones estatales. Hay brechas notables en el capital social de las organizaciones comunitarias seleccionadas, pero su inclusión se estandariza a los indicadores de diseño del proyecto.

La comunidad es un conglomerado de personas con una finalidad o perfil común y el voluntariado es sociedad civil organizada, quien ejerce la militancia para la defensa de derechos activa, en este contexto, el segundo grupo está empoderado y más preparado para intervenir en la elaboración de proyectos, lo cual es altamente importante dado que las poblaciones clave son las directamente afectadas por la pandemia y quienes conocen de su realidad (Erazo 2020, entrevista personal).

Si bien el marco normativo nacional y los parámetros de gestión de la política pública en el país son propicios para la participación de la ciudadanía en todo el ciclo, en la práctica se traduce como un mecanismo de legitimación de las decisiones técnicas o para hacer diagnósticos que luego no se integran totalmente al diseño y a la gestión. La realidad es multifactorial y compleja y las respuestas institucionales casi siempre son fragmentadas y reducidas a productos y servicios.

La conversación y la negociación fueron la base en la fase de formulación del Proyecto Ronda 9 y los sujetos se consideraron activos y responsables formalmente pues esto era un requisito para la aprobación. Sin embargo, la incorporación de las comunidades se dio a través de miembros comunitarios insertos en los órganos de gestión y de estrategias de comunicación para destacar la presencia comunitaria en la estructura (Sierra 2020, entrevista personal).

Es decir que en la formulación no se recogieron intervenciones multi y transdisciplinarias que respondan a la complejidad del contexto, pero en la implementación se incluyeron por exigencia del donante. Como parte del diseño del proyecto se asignaron recursos para solventar debilidades de las organizaciones comunitarias subreceptoras, pero frente a la urgencia de cumplir una agenda de ejecución cuantificable, el fortalecimiento comunitario se disolvió.

Respecto de las condiciones y recursos de las comunidades concernidas para participar en este momento del ciclo de la política, Erazo (2020, entrevista personal) apunta dos dificultades:

Se ha avanzado en temas de empoderamiento y fortalecimiento de capacidades para los grupos organizados, sin embargo, se requiere de especialización técnica y experiencia en proyectos de VIH y comunidades, lo que hace un poco más difícil su intervención [...] hay una minoría técnicamente preparada parte de los grupos LGBTI con conocimiento no solo técnico y académico, sino también con experiencia en desarrollo de proyectos, lamentablemente a esta sección no le interesa la llegada pues tienen objetivos más diversificados en lo político, migratorio y académico principalmente.

En conclusión, se relacionan tanto con las capacidades de los miembros de las organizaciones y con el imaginario de que se necesitan conocimientos especializados y complejos para participar de esta parte del ciclo, como con un obstáculo para la adscripción de los miembros a la comunidad y a la apropiación del proyecto.

3.4. Implementación

En la fase de implementación, los grupos comunitarios se activan principalmente en el fortalecimiento organizativo, que implica el desarrollo de capacidades y el fortalecimiento de la veeduría; la promoción de la participación (objetivo 1), en los espacios nacionales y locales; dentro de la atención integral en salud y, la educación de pares.

El proyecto Ronda 9 incluye a seis organizaciones gubernamentales, tres organizaciones no gubernamentales comunitarias, tres organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA y una del sector privado en el proceso de planificación e implementación (*Country Coordinating Mechanism* 2009). Los dos receptores principales de los recursos fueron, por parte del Estado el Ministerio de Salud del Ecuador y por parte de la sociedad civil la Corporación Kimirina. La construcción de la estrategia les correspondía a ambos receptores principales y al Mecanismo

de Coordinación de País, que como se ha señalado antes, es una instancia constituida por delegados de comunidades afectadas, Estado y sociedad civil.

Según Sierra Páez (2020, entrevista personal), durante la implementación, se heredó el modelo de negociación que se había usado para la candidatura: un modelo vertical en que la relación con el Fondo Mundial la gestionaba el Receptor Principal de la Sociedad Civil (RP) que tomaba las decisiones para la elección de los subreceptores (SR), así, dentro de las responsabilidades del RP que constan en el contrato con el Fondo Mundial, se inscriben la selección, capacitación y tecnificación de los SR.

Desde su perspectiva también, “en el caso del Ecuador, se instaló una dinámica frágil y en ocasiones tensa. La ejecución de los ejes programáticos fue muy baja y, por consiguiente, en la lógica del Fondo Mundial, no se optimizaron los recursos” (Sierra 2020, entrevista personal). Los principales factores que condujeron a esta situación fueron, en resumen: 1. los intereses del personal técnico que disputaba visibilidad y dirección de las estrategias para la constitución del Mecanismo de Coordinación de País; y, 2. la marginalidad, pobreza, debilidad técnica y bajo conocimiento de las organizaciones de base comunitaria.

La ejecución de casi el 80% del presupuesto asignado, da cuenta de cumplimiento efectivo, pero no garantiza la relación horizontal ni participativa ni abunda objetivamente en el fortalecimiento de las organizaciones.

El agente local del fondo, seleccionado por el gerente del proyecto y del Fondo Mundial para Ecuador fue la firma *Price Waterhouse Coopers*, empresa multinacional dedicada a temas sustancialmente de auditoría financiera y sin ninguna experiencia en enfoques comunitarios de gestión. Probablemente, el estigma de la corrupción en los países de la región influyó en la elección de este tipo de empresas para ejercer la representación técnica de contraparte por parte del Fondo Mundial, concentrándose en los indicadores cuantitativos y desplazando el componente cualitativo y comunitario de la estrategia del Fondo Mundial.

Los sub receptores, por su lado, fueron activos y propositivos. El peso de la implementación descansaba en el trabajo cotidiano de las personas que trabajaban en las organizaciones de base comunitaria. Sin embargo, de las entrevistas realizadas se deduce que los SR eran organizaciones incipientes de la base comunitaria. Sus fortalezas de democracia y participación interna estaban aún en desarrollo para cuando se incorporaron al proyecto. El modelo eficiente y técnico de la burocracia del RP, desplazó las prácticas de las organizaciones e instaló una representación de la democracia bajo el modelo de la ONG internacional y

anglófona (vertical, asistencialista, clientelar y no comunitaria). Los SR estaban en la comunidad, pero alejándose de ella para cumplir los indicadores del Fondo.

Los miembros de la comunidad estaban parapetados por sus funciones técnicas. En la Ronda 9 de Fondo Mundial, el criterio de salud comunitaria, no existía. Estamos hablando justo del momento previo a la asunción de la Estrategia de Prevención Combinada por parte del Fondo Mundial. No era un valor de intercambio ni de uso en ese contexto (Sierra Páez 2020, entrevista personal).

Erazo (2020, entrevista personal) también reconoce la participación de las comunidades concernidas en la fase de implementación del Proyecto Ronda 9, y añade lo siguiente:

Es importante que las mismas poblaciones intervengan en el trabajo de campo ya que tienen el conocimiento, involucramiento y experticia de aproximamiento con sus pares, esto hace que los resultados del proyecto sean mejores y se cumplan con más facilidad en lo técnico con los indicadores.

Según la lectura de Sierra (2020, entrevista personal), este enfoque estaba en desarrollo incluso en el ámbito de los financistas, con lo cual, su aplicación en la ejecución del proyecto podría ser una aspiración en términos retóricos pero una realidad de difícil aplicación en la dinámica de los proyectos.

A esto se añade una brecha simbólica entre las instituciones y la comunidad propiamente dicha

Las ONG grandes van a las ONG pequeñas para que entreguen condones, pero ese no es un trabajo para los positivos, hay mucho discurso de prevención, salvaguardar al hombre blanco negativo, le damos PreP, condones, lubricantes, le hacemos una barrera de látex simbólica que estigmatiza a los positivos. Por otro lado, cuando Kimirina entraban a trabajar con la comunidad, por ejemplo, con Ponte 11²⁶, no entienden nuestra valoración del sexo y nos hipersexualizan. Kimirina no quiso hablar de sexo, son conservadoras. Nosotros necesitamos poder hablar, incorporar las visiones, el lenguaje de la comunidad (Luna 2020, entrevista personal).

Esta afirmación se ve confirmada por la apreciación de Erazo (2020, entrevista personal) en el sentido de que había una “falta de sensibilidad del equipo técnico del receptor principal con relación a las realidades de las poblaciones clave”.

²⁶ La plataforma virtual de porno prevención Ponte Once (<http://www.ponteonce.org/>), es la primera herramienta de prevención de VIH enfocada para hombres *gay*, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres que combina educación y comunicación para compensar las dificultades en el alcance de las poblaciones claves en el ámbito de la promoción de salud y derechos.

Manzano (2020, entrevista personal) hace una relación un poco más amplia y sitúa al Proyecto Ronda 9 dentro de las dinámicas de las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones comunitarias para el caso del VIH, describiendo de la siguiente forma esta interacción:

Hay mucha manipulación de la cooperación internacional, cobran un *overhead* altísimo, costos administrativos elevados, y la gente de las comunidades trabaja por amor a la camiseta. Debería conjugarse de manera más justa entre las organizaciones y quienes implementan los proyectos; no hay justicia en la repartición de los recursos. [...] Las organizaciones no gubernamentales reciben los recursos y contratan consultores que no tienen experiencia de territorio ni de los temas. El trabajo local y el de pares es el que mejores resultados da, te permite tener un involucramiento más tangible y cercano, no solo te da una perspectiva de lo que puede suceder sino un conocimiento de causa, y debe hacerse desde la comunidad.

En este análisis se detecta también una relación utilitaria de doble rasero, en que se exige a las comunidades una acción de militancia, en tanto se entiende a los administradores como técnicos de alto rango y se genera una brecha jerárquica y económica que reproduce al interno de proyecto las desigualdades que supuestamente enfrentan en la ejecución.

3.5. Seguimiento y evaluación

Respecto al seguimiento y la evaluación como herramienta paralela a la implementación, en el caso del Proyecto Ronda 9, no se asimiló esta fase como generadora de conocimiento sobre la implementación y la respuesta, de su efectividad o perfectibilidad sino que se constituyeron en herramientas financieras enfocadas a responder a numerosos ejercicios de auditoría cuyo balance final con el Agente Local del Fondo fue de subejecución en el caso del Proyecto a cargo del Ministerio de Salud pues se desembolsó USD 3,6 millones de los USD 4,1 millones comprometidos y se ejecutó \$1,3, por tanto, debido a la sub ejecución, se cancelaron los siguientes desembolsos.

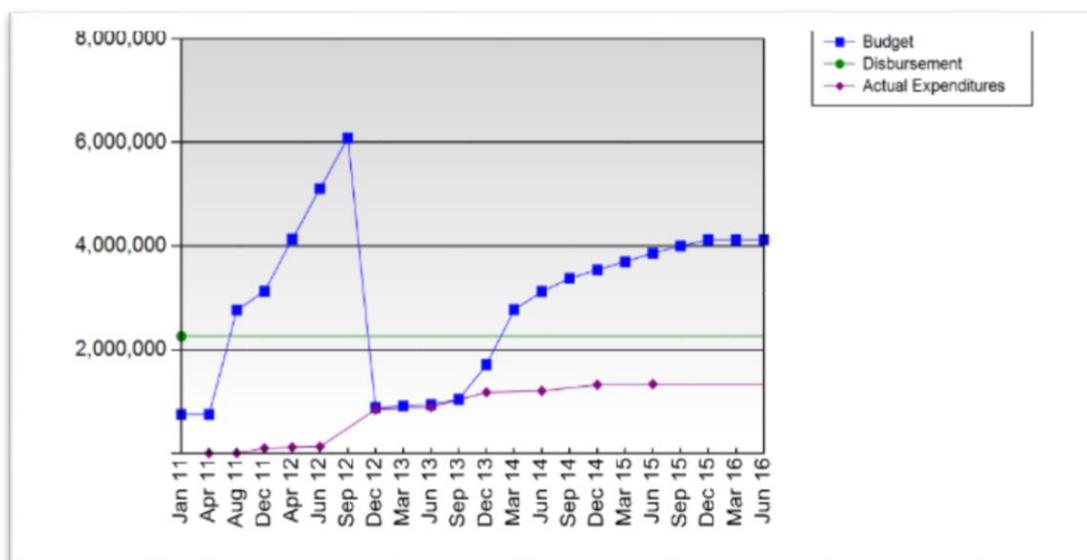


Figura 22. Presupuesto del Programa MSP: acumulado, gastos y desembolsos a marzo del 2016
Fuente y elaboración: Fondo Global 2016

En la tabla a continuación se presenta el detalle de los gastos del proyecto

Tabla 14
Gastos del Proyecto a cargo del MSP

Fuente y elaboración: Fondo Global 2016

	Presupuesto acumulado	Gastos Acumulados	Diferencia
1. Total de gastos vs. Presupuesto	\$3,865,513	\$ 1,336,039	\$2,529,474
1a. Total de gastos del receptor principal		\$192,768	
1b. Desembolsos a los subreceptores		\$1,143,271	
2. Gastos en medicamentos y productos de salud vs. presupuesto		\$ 790,525	
2a. Productos medicinales y farmacéuticos		\$ 593,944	
2b. Productos de salud y equipamiento		\$ 196,581	

En el caso del Proyecto de responsabilidad de la Corporación Kimirina se desembolsaron \$ 17,5 millones de los \$18,4 comprometidos de los cuales se ejecutó prácticamente el 100 como se ve en el gráfico 18.

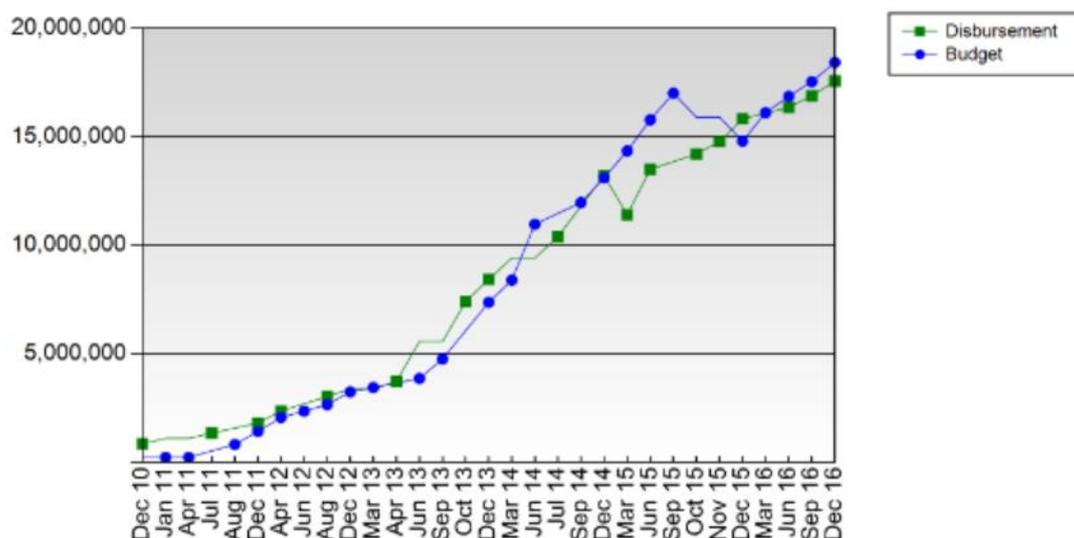


Figura 23. Presupuesto del Programa Corporación Kimirina: acumulado, gastos y desembolsos a marzo del 2016

Fuente y elaboración: Fondo Global 2016

También se adjunta el detalle de los gastos del proyecto a cargo de la Corporación Kimirina:

Tabla 15
Gastos del Proyecto a cargo de Kimirina

	Presupuesto acumulado	Gastos Acumulados	Diferencia
1. Total de gastos vs. Presupuesto	\$14,790,923	\$14,493,506	\$297,417
1a. Total de gastos del receptor principal		\$4,690,623	
1b. Desembolsos a los subreceptores		\$9,786,498	
2. Gastos en medicamentos y productos de salud vs. presupuesto		\$16,385	
2a. Productos medicinales y farmacéuticos		\$2,435,383	
2b. Productos de salud y equipamiento		\$2,435,383	

Fuente y elaboración: Fondo Global 2016

Según Sierra (2020, entrevista personal), la sociedad civil, procuró una reingeniería financiera con la que Ecuador entró en el nuevo modelo de financiamiento del Fondo Global, esta vez sin rondas. Los resultados cualitativos no fueron buenos pero el cumplimiento de los indicadores cuantitativos estuvo dentro de los parámetros esperados. Por una parte, Erazo

(2020, entrevista personal) señala que en algunos casos no había acuerdo respecto de la valoración de los resultados en relación a los indicadores propuestos.

En el proceso de investigación, no se ha encontrado evaluaciones de impacto o de resultados. En 2010 se realizó una evaluación de procesos como parte de una Tesis para la Maestría de Salud Pública titulada Evaluación de proceso del Proyecto Fondo Global VIH/SIDA Ecuador: Resultados del Programa Nacional VIH/SIDA en el período 2005-2010, que corresponde a la fase 1 (Ganzenmuller 2010). Como hallazgos importantes del documento se resalta los siguientes:

- No se realizaron evaluaciones ni estrategias de seguimiento adecuadas que garanticen la sostenibilidad de la intervención.
- Las intervenciones del Ministerio de Salud se centraron en población general y no en las poblaciones concernidas como HSH.
- Las intervenciones de las organizaciones no gubernamentales no tuvieron una buena coordinación con el Ministerio.
- La sostenibilidad económica del programa se ve como un punto débil debido a la dependencia de los recursos del Fondo Global.
- La sostenibilidad sociopolítica es débil ya que el compromiso de las autoridades y personas clave con el programa es limitado.

Según Sierra Páez (2020, entrevista personal), las decisiones para ajustar o corregir las acciones eran de carácter discrecional. Se daban procesos evaluatorios informales en intercambio con las redes internacionales, fundamentalmente con la *Coalition Plus*. La incidencia política de la International HIV/AIDS Alliance en el Fondo Mundial, también abrió una brecha de transparencia en este ámbito, aunque aún informal y poco técnica. Las organizaciones comunitarias sub receptoras participaron de manera testimonial en la implementación que ya se había decidido.

Para Erazo (2020, entrevista personal), el mayor obstáculo para que las comunidades concernidas participen en los procesos de seguimiento y evaluación no es el conocimiento sino la falta de recursos económicos ya que “sin ellos es imposible el desplazamiento, acompañamiento, elaboración de informes y desarrollo de reuniones y planes de prevención y contención de problemas de ejecución”.

Conclusiones

De la revisión de antecedentes teóricos en torno a las políticas públicas, en este documento se ha tomado como referentes aquellas que apuntan conclusivamente a definir lo que es la comunidad y cómo esta se ubica en los ciclos de la política pública. Incorporar lo comunitario en la perspectiva institucional implica reconocer la capacidad de agencia de los actores sociales más allá de entenderlos como sujetos receptores, población objetivo o beneficiarios y, que esta acción sea participativa, equitativa y dirimente a lo largo de todo el proceso.

Existen características de la epidemia de VIH, hitos y un marco legal e institucional en el mundo, en la región y en el Ecuador, que permiten comprender el contexto de la intervención del Proyecto Ronda 9. Se establece que el VIH es una epidemia con características políticas y que la opinión e institucionalidad pública expresan directa o indirectamente los límites, prejuicios y estigmas que acompañan a la pandemia y señalan a las comunidades concernidas. A pesar de ello, la intervención desde lo público y las organizaciones no gubernamentales ha evolucionado hacia una incorporación progresiva de lo comunitario en una dinámica de mutuo aprendizaje todavía en construcción. Hoy, después de diez años de la implementación del Proyecto Ronda 9, desde Naciones Unidas se reconocen dos respuestas claves para las intervenciones en VIH: la respuesta comunitaria y la prevención combinada.

La prevención combinada es principalmente responsabilidad de los servicios médicos y de otras instituciones que combinen diferentes enfoques y disciplinas, y realizan intervenciones emergentes, continuas y estructurales. La prevención, sin embargo, no debe ejecutarse de manera aislada. Desde estos espacios se debe reconocer y tomar en cuenta a las comunidades, su configuración, la garantía de derechos de los individuos, el fortalecimiento de las comunidades y sus capacidades para sostener a los individuos.

Para ello, es indispensable trabajar en el empoderamiento comunitario y la participación de personas que viven con el virus en las intervenciones que les involucran, por tanto la implementación de proyectos con enfoque y trabajo de las organizaciones comunitarias se considera esencial, principalmente para la difusión de información pertinente, de reivindicación de los derechos, exigibilidad de acceso a los servicios, visibilizar la discriminación, etc.

En las consultas nacionales de OPS y ONUSIDA (2017) con los grupos de población clave se identificaron algunas consideraciones para fortalecer los servicios de salud entre las cuales se encuentran: incorporar a la comunidad y a los grupos clave en la gestión, promoción, prestación de servicios, monitoreo y evaluación; promocionar los servicios comunitarios relacionados, promover la creación de observatorios ciudadanos y capacitar a la población clave sobre sus derechos.

A las comunidades se les asigna la responsabilidad de luchar contra el estigma de vivir con VIH desde la inequidad, ya que los niveles de poder, interés, conocimiento y legitimidad son muy dispares. Mientras que desde el punto de vista médico el VIH es una epidemia controlada, para las comunidades el riesgo al que se exponen y los efectos de vivir con VIH afectan directamente a sus medios de supervivencia, a su tejido social y a su cotidianidad.

En el proyecto Ronda 9, se pone énfasis en la capacitación a las comunidades para que ejecuten las actividades mientras que están ausentes estrategias de fortalecimiento práctico y simbólico de la comunidad y se evade el empoderamiento como interlocutores del Estado y de las instituciones. Por las características de los grupos concernidos, estos elementos ausentes debería ser precisamente el punto de partida.

Desde la parte administrativa, es fundamental que las instancias de financiamiento coloquen como prioridad el fortalecimiento organizacional de las comunidades previamente a su incorporación como agentes de respuesta comunitaria, para no favorecer prácticas clientelares o de funcionalización de la sociedad civil por parte de los agentes intermediarios administrativos (ONG).

En el ámbito de la garantía de derechos, la intervención con enfoque salubrista excluye la transversalización de otros derechos prioritarios para las comunidades, reduciendo la comprensión de la epidemia una *acción de responsabilidad individual* que favorece la estigmatización y discriminación a las poblaciones que se consideran *vectores*.

Respecto de la coordinación intra sectorial el ente rector (Ministerio de Salud) ha tenido poca capacidad de incidencia en otras políticas de SSR que son fundamentales para las comunidades afectadas, por ejemplo, la transformación del programa ENIPLA en Plan Familia, que cambió radicalmente el enfoque de derechos por un enfoque de conductas y, entre otras cosas, retiró la distribución de condones y lubricantes del sector público de salud.

Se visibiliza también una carencia de mecanismos de evaluación y monitoreo independientes. En muchos casos, los procesos de evaluación son contratados por los mismos

actores del sistema y los resultados expresan una efectividad que reduce la inclusión y participación de actores comunitarios a la retórica programática.

Como recomendaciones derivadas del análisis, que en esta investigación se consideran fundamentales para profundizar un enfoque comunitario en proyectos de salud los siguientes son los más relevantes:

Profundizar en la identificación de socios que sean organizaciones de base, con quienes se trabaje en el fortalecimiento de los vínculos territoriales, sus identidades políticas y sus propios mecanismos de democratización y diálogo interno, de manera que se desarrollen capacidades de discurso y acción efectivas respecto a sus propios intereses, prioridades y lugares de enunciación.

Cuidar en todo el proceso que la relación financiera y política de los proyectos no desnaturalicen los objetivos originales de las comunidades. Las instancias de financiamiento deben priorizar el fortalecimiento organizacional de las comunidades como paso previo a su incorporación como agentes de respuesta comunitaria, con esto se neutralizarían prácticas clientelares o de funcionalización de la sociedad civil por parte de los agentes intermediarios o contrapartes.

El diseño de las intervenciones debe procurar la incorporación de una perspectiva intersectorial de derechos que considere las vulnerabilidades y condiciones específicas de las comunidades concernidas a quienes se orientan las políticas públicas. Deben ser sistémicas, partiendo desde un enfoque comunitario que integre a los actores en todo el ciclo de la política pública, no exclusivamente como beneficiarios, receptores como ejecutores de tareas, si no como sujetos plenos para la deliberación, seguimiento y control.

Se recomienda incorporar en las etapas de seguimiento y evaluación indicadores cualitativos que den cuenta de valor agregado social en la participación y fortalecimiento de las comunidades. Esta herramienta debe proveer retroalimentación al proceso de gestión de un proyecto y sus resultados de proceso deben ser socializados y debatidos con las comunidades afectadas de manera que se realicen ajustes de proceso y los agentes comunitarios participen en las decisiones pertinentes. El seguimiento debe verse como herramienta de retroalimentación al proceso de gestión de un proyecto, y la evaluación como motor de la política pública.

El enfoque comunitario es un paradigma referencial que puede aplicarse en toda política pública de salud, al combinar la responsabilidad de gestión de lo público en coexistencia y corresponsabilidad con lo comunitario, desde una perspectiva de lo sanitario como una

integralidad de políticas, conductas, derechos, recursos y modelos de gestión en un contexto cultural, social, histórico y político.

Lista de referencias

- Bourdieu, Pierre (coord.). 2000. “Las formas del Capital”. En *Poder, derecho y clases sociales*, 131-164. España: Descleé de Browser.
- Bourdieu, Pierre y Loic Wacquant. 2005. “La lógica de los campos”. En *Una invitación a la sociología reflexiva*, 147-172. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Breilh, Jaime. 2002. “Nueva visión de la salud familiar y su determinación”. Ponencia presentada en el Curso Internacional Dificultades del Desarrollo de la Infancia y la Familia, Riobamba, 11 de noviembre del 2002.
- . 2002a. “Medicina social latinoamericana. Aportes y desafíos.” En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12:2. 128-136.
- Bustamante, Fernando. 2007. “Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar”. En *La equidad en la mira; la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas*, 3-12. Quito: OPS / MSP / CONASA.
- Bustamante, Mónica. 2011. *Viviendo con VIH, muriendo con SIDA*. Quito: Abya-Yala, FLACSO.
- Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social - CEPAR. 2010. *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA y Violencia Intrafamiliar en la Provincia de Sucumbíos, Ecuador*. Quito: MSP / MINEDUC / ACNUR / OPAS / UNIFEM / UNICEF.
- Chevalier, Jacques M. y Daniel J. Buckles 2009. “Análisis Social CLIP: Colaboración y Conflicto, Legitimidad, Intereses y Poder”. En *SAS2: Guía para la Investigación Colaborativa y la Movilización Social*. Traducido por Roberto Prado, 209-224. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.
- Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA. 2010. *El Estigma y la Discriminación en VIH/SIDA: resultados del estudio sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH en el Ecuador*. Quito:CEPVVS.
- Coalition PLUS. 2017. *Coalition PLUS - Coalition internationale SIDA*. Accedido 19 de marzo. <http://www.coalitionplus.org>.
- Corporación Kimirina. 2017. “Proyecto VIH - Ronda 9”. *Corporación Kimirina*. Accedido 14 de febrero. <http://www.kimirina.org/web/index.php/proyectos/vih/vih-ronda-9>.

- Country Coordinating Mechanism. 2009. "Proposal Form - Round 9". Quito.
- DeLeon, Peter, y Linda DeLeon. 2002. "Whatever happened to policy implementation? An Alternative Approach". En *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART* 12 4: 467-492. www.jstor.org/stable/3525857
- Dubnick, Melvin, y Barbara Bardes (eds). 1983. *Thinking about Public Policy, a Problem-Solving Approach*. New York: John Wiley and Sons.
- EC. 1998. *Constitución Política de la República del Ecuador*. Registro Oficial 1, 11 de agosto.
- . 2000. *Ley 11 para la Prevención y Asistencia Integral al VIH/SIDA*. Registro Oficial 58, 14 de abril.
- . 2006. *Ley 67 Orgánica de Salud*. Registro Oficial 423, Suplemento, 22 de diciembre. Quito
- . 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre. Quito
- EC Ministerio de Salud Pública. 2007. *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2007-2015*. Quito.
- . 2011. *Actualización del Plan estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH 2007-2015. Planes Operativos Multisectoriales 2011-2013*. Quito.
- . 2011a. *Acuerdo Ministerial 1083: Aprobar y autorizar la conformación del comité ecuatoriano multisectorial de VIH/SIDA —CEMSIDA—*. 11 de noviembre. Quito
- . 2012. *Acuerdo Ministerial 1034: Estatuto por Procesos del Ministerio de Salud Pública*. Registro Oficial Suplemento 279 de 30 de marzo. Quito
- . 2012a. *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito.
- . 2012b. *Informe país sobre la respuesta nacional al VIH Ecuador*. Quito.
- . 2018. *VIH/SIDA y expuestos perinatales*. Boletín Anual, Quito.
- EC Ministerio de Salud Pública, Consejo Nacional de Salud. 2007. *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito.
- Elias, Norbert. 1970. *Sociología fundamental*, traducido por Gustavo Muñoz. Barcelona: Gedisa.
- Estrada, John. 2006. *Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA*. Acta bioethica, 12:, 91-100. Scielo, https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100013&lng=es&nrm=iso

- García Inda, Andrés. 2000. “La razón del derecho: Entre hábitos y campo”. En *Poder, Derecho y Clases Sociales*, coordinado por Pierre Bourdieu, 9-60. Madrid: Desclée de Brouwer.
- García López, Roberto y Mauricio García Moreno. 2010. *La gestión para resultados en el desarrollo. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe*. 2.^a ed. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ganzenmüller, Elke. 2010. “Evaluación de procesos del Proyecto Fondo Global VIH/SIDA Ecuador: Resultados del Programa Nacional VIH/SIDA en el periodo 2005-2010”. Tesis (Magister en Salud Pública), Universidad San Francisco de Quito. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/996/1/99483.pdf>
- Guerrero Orozco, Omar. 2003. “Nueva gerencia pública: ¿gobierno sin política?”. *Revista Venezolana de Gerencia*, 8, julio-septiembre. 23: 379-395. Maracaibo: Universidad del Zulia. Redalyc, <https://www.redalyc.org/pdf/290/29002302.pdf>
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado, y Pilar Baptista Lucio. 2014. *Metodología de la Investigación*. 6.^a ed. México D.F: Mc Graw Hill.
- Jann, Werner, y Kai Wegrich. 2007. “Theories of the Policy Cycle”. En *Handbook of Public Policy Analysis. Theory, Politics and Methods*, editado por Gerald J. Miller, Mara S. Sidney y Frank Fisher, 43-62. Florida: Taylor and Francis Group.
- Kroeger, Axel, y Ronaldo Luna (Comp.). 1992. “Capítulo I: Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional”. En *Atención Primaria de Salud: Principios y métodos*, 2.^a ed. 5 - 20. México D.F.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rios Guardiola, Laura, Jean-Marie Le Gall, Beata Umubyeyi-Mairesse, COPIL du projet HIV-COBATEST, L'équipe du WP5. 2013. *Programmes communautaires de dépistage du VIH: un guide pour améliorer nos pratiques*. Pantin: AIDES.
- Laspina, Carmen. 2007. “La promoción de la salud en el Ecuador”. En *La equidad en la mira: La salud pública en el Ecuador en las últimas décadas*, 294-298. Quito: OPS/MSP/CONASA.
- Martínez Ravanal, Víctor. 2006. *El Enfoque Comunitario. Estudio de sus modelos de base*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Meny, Ives y Thoenig, Jean Claude. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona. Editorial Ariel, S.A.

- Miller, Hugh T., y Tensu Demir. 2007. "Policy Communities". En *Handbook of Public Policy Analysis: theory, politics, and methods*, editado por Frank Fischer, Gerald J. Miller y Mara S. Sidney, 137-148. Boca Ratón: CRC Press.
- Morín, Edgar. 2002. *El Método II. La vida de la Vida*. 5ta ed. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Nancy, Jean Luc. 2000. *La comunidad inoperante*. Santiago de Chile: LOM ediciones / Universidad Arcis.
- Organización Mundial de la Salud. 1946. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos Básicos, 48.^a ed. Ginebra: OMS.
- . 1978. *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata, URSS. Ginebra: OMS / UNICEF.
- . 2020. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2012. *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Ecuador*.
- . 2012. *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Ecuador*.
- . 2020. *Prevención combinada de la Infección por el VIH*. Accedido 19 de noviembre. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih#:~:text=El%20ONUSIDA%20define%20la%20prevenci%C3%B3n,satisfacer%20las%20necesidades%20de%20prevenci%C3%B3n>.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2002. *La salud de las Américas*. Washington: OPS / OMS.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. 2017. *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS / ONUSIDA.
- Parsons, Wayne. 2007. *Políticas Públicas: Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de las políticas públicas*. Argentina: Edgard Elgar y FLACSO México.
- Patton, Michael Quinn. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3.^a ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 2007. *Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Ginebra: ONUSIDA.
- . 2010. *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies 10 to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*. Ginebra: ONUSIDA.
- . 2010a. *Reporte de la epidemia global de SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.
- . 2013. *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.
- . 2019. *Comunidades en el Centro, la respuesta al VIH en América Latina. Actualización de los datos globales sobre SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.
- Pulido Sandra. 2020. “¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia”. *Gaceta Médica*. Accedido el 26 de agosto. <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>.
- Rivera, Jairo. 2019. “Las Políticas Públicas y la Gestión Pública: Un análisis desde la teoría y la práctica, Entrevista a André-Noël Roth”. En *Estudios de la Gestión: Revista Internacional de Administración*, 5: 223-229. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Corporación Editora Nacional.
- Rodríguez, Lily. 2007. “La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador”. En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*, 203-210. Quito: OPS/MSP/CONASA.
- Roth Deubel, André-Noel. 2014. *Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación*. 10.^a ed. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Saforcada, Enrique, Martín de Lellis, y Schelica Mozobancyk. 2010. “El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva en salud pública”. En *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*, 43 - 58. Buenos Aires: Paidós.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. 2011. “Del Estado neoliberal a la recuperación de la acción colectiva”. En *Recuperación del Estado para el Buen Vivir: La experiencia ecuatoriana de transformación del Estado*. Documento de trabajo 34, 7-12. Quito: Senplades.

- Stolkiner, Alicia, y Romina Solitario. 2007. “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: La articulación entre dos utopías”. En *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*, editado por Daniel Maceira, 121 - 146. Buenos Aires: Paidós.
- Stone, Deborah. 2002. *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. New York: W.W. Norton and Company.
- Tapia, Mónica, Beatriz Campillo, Susana Cruickshank, y Giovanna Morales. 2010. *Manual de Incidencia en Políticas Públicas*. Ciudad de México: Alternativas y Capacidades A.C.
- Taylor, Steven J., y Robert Bogdan. 1987. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Tejada de Rivero, David. 2013. “Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta u cinco años de Alma-Ata”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 30. 2 : 283-387. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36328562020>
- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. 2016. *ECU-910-G06-H*. Grant Performance Report. <https://data.theglobalfund.org/investments/grant/ECU-910-G06-H/>
- . 2016a. *ECU-910-G07-H*. Grant Performance Report. Accedido 16 de abril. <https://data.theglobalfund.org/investments/grant/ECU-910-G07-H/>
- . 2019. *The Global Fund*. Accedido 16 de abril. <https://www.theglobalfund.org/en/hivaids/>.
- Velasco, Margarita. 2007. “La Salud Pública en América Latina”. En *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. 13-25. Quito: OPS/MSP/CONASA.
- Zittoun, Philippe. 2015. “Analysing policy failure as an argumentative strategy in the policymaking process: A pragmatist perspective”. *Public Policy and Administration* 30: 243-260.

Anexos

Anexo 1. Formato de entrevista a profundidad

Categorías	Pregunta
Agenda	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el papel de las comunidades concernidas en el proceso de posicionamiento del VIH/SIDA como problema público en el Ecuador? • ¿De dónde surge la necesidad de formular el proyecto Ronda 9 para prevenir el VIH/SIDA en el Ecuador?
Formulación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El diseño del Proyecto Ronda 9 se dio con la participación de la comunidad, es decir tomando en cuenta el contexto original donde surge la problemática? • ¿Se realizó un análisis de las capacidades, competencias, habilidades recursos y potencialidades de las organizaciones comunitarias subreceptoras? • ¿Se realizó un análisis de las deficiencias, incapacidades, problemas, vulnerabilidades, etcétera, de las organizaciones comunitarias subreceptoras y se plantearon acciones en el proyecto para solventarlas? • ¿La conversación y la negociación fueron la base en la fase de formulación del proyecto y los sujetos se consideraron activos y responsables? • ¿Se plantearon intervenciones multi y transdisciplinarias que respondan a la complejidad del contexto? • ¿Se garantizó la participación activa de los miembros de la comunidad durante la fase de formulación del proyecto? • ¿Se garantizó la triangulación de fuentes, datos, actores, enfoques, técnicas y teorías durante la fase de formulación?
Implementación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Durante la implementación se incorporó la conversación y la negociación como metodología básica para garantizar una relación horizontal y participativa entre los receptores y los subreceptores? • ¿Los Subreceptores se consideraban activos y responsables en el contexto del Proyecto? • ¿La intervención era proactiva, entendiéndose esto como es ir hacia la comunidad, hacia sus espacios de vida? • ¿Se garantizó la participación activa de los miembros de la comunidad en la fase de implementación del Proyecto? • ¿Se garantizó la triangulación de fuentes, datos, actores, enfoques, técnicas y teorías durante la implementación del proyecto?
Seguimiento y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El seguimiento y la evaluación se consideraban herramientas para responder a la incertidumbre? • ¿Se realizó un proceso de evaluación continua del contexto y toma de decisiones para ajustar o corregir las acciones?

	<ul style="list-style-type: none">• ¿Las organizaciones comunitarias subreceptoras participaron activamente en los procesos de seguimiento y evaluación?• ¿Los criterios de validez del proyecto provenían del mundo comunitario (perspectivas propias, posiciones situacionales)?• ¿Se garantizó la evaluación de procesos, resultados e impacto?• ¿Se garantizó la triangulación de fuentes, datos, actores, enfoques, técnicas y teorías durante la fase de seguimiento y evaluación?
--	---

Anexo 2. Listado de expertos entrevistados

• Entrevista 1

Entrevistado	León Sierra Páez
Fecha de la Entrevista	25 de febrero de 2017 16 de mayo de 2020
Perfil	
<ul style="list-style-type: none"> - Director Ejecutivo Adjunto de la Corporación Kimirina entre 2010 y 2015, responsable de la ejecución del Proyecto Ronda 9. - Activista de los derechos LGBTI, actor, director de teatro y audiovisuales, productor, gestor cultural, maestro y poeta. - Formación en España, en la Real Escuela Superior de Arte Dramático (RESAD), Instituto Oficial de la Radio y Televisión Española TVE (IORTV), Teatro de la Danza, Estudio de Actores de Jorge Eines, Escuela Oficial de Cerámica de la Moncloa. - Miembro de las redes de respuesta internacional al VIH representando a Kimirina - Administrador y evaluador a nivel mundial de la Coalition Internationale Sida PLUS - Punto focal de Kimirina con la International HIV/AIDS Alliance desde 2010. - En 2007 funda con otros activistas la iniciativa política ¡Igualdad de Derechos YA! y articulan la participación política de personas de las diversidades sexuales, por primera vez, en unos comicios nacionales. - Organizador del Orgullo LGBTI 2008 y facilitador del diálogo con el gobierno central 	

• Entrevista 2

Entrevistado	Ricardo Luna
Fecha de la Entrevista	16 de mayo de 2020
Perfil	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Artivista</i> Seropositivo, realiza estudios del VIH desde lo cultural, simbólico y educacional - Miembro activo de Jóvenes Positivos Ecuador - Cineasta por Cievyc B.A. Argentina - Director, Editor de Lasicalíptica (www.lasicaliptica.net) - Ganador del Premio Nacional de las Artes Mariano Aguilera 2015, Ecuador - Ex Jefe Curador del Centro de Arte Contemporáneo (CAC) Quito, Ecuador 2016. - Columnista de Proyecto RED (Arte Contemporáneo), RED Galería, B.A. Argentina. 	

• Entrevista 3

Entrevistado	Sandra Álvarez
Fecha de la Entrevista	27 de mayo de 2020
Perfil	
<ul style="list-style-type: none"> - Licenciada en Comunicación Social - Dirigenta Nacional Integrante del Secretariado Ejecutivo Nacional de la Coordinadora Política de Mujeres Ecuatorianas 2002 - 2005 - Integrante del Comité Ecuatoriano Mujeres Hábitat III desde 2016 	

- Cofundadora de la Organización Ecuatoriana de Mujeres Lesbianas – OEML desde 2003
- Integrante del Grupo Asesor de la Sociedad Civil de ONU Mujeres para Ecuador desde 2013
- Miembro del Directorio de la Corporación Kimirina desde 2013-2015
- Coordinadora de la Mesa Representativa LGBTI del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito desde 2016

• Entrevista 4

Entrevistado	Karina Rashell Erazo
Fecha de la Entrevista	28 de mayo de 2020
Perfil	
<ul style="list-style-type: none"> - Presidenta de Asociación ALFIL y Referente Nacional para Ecuador ante la Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres Trans – REDLACTRANS, activista de los derechos humanos con más de 15 años de trabajo, activismo comunitario, incidencia política y fortalecimiento institucional. Participó en la formación de la Red Trans del Ecuador, representante principal de población PMAR Trans ante el Mecanismo Coordinador País MCP. - Entre sus acciones como líder están la participación en Curso del Pool de Consultores Comunitarios, Nivel de América Latina en VIH-SIDA (Jul./2005); expositora: <i>Capacitación a líderes y promotoras sobre mecanismo básicos y actuales de prevención del VIH</i> (Oct./2015); Compartir experiencias y asesoría técnica con poblaciones trans de en incidencia en VIH-SIDA, México (Nov./2006); Iniciativa junto a la instancia pública del CPCCS para la formación del grupo de veedores ciudadanos LGBTI para el acceso a tratamientos por parte de las PVVS (2012); 21° Conferencia Internacional sobre el SIDA, Sudáfrica (AIDS 2016); participación desde 2013 en las Asambleas Generales de la OEA como Sociedad Civil. Fue Coordinadora Nacional del Proyecto Regional Mujeres Trans sin fronteras contra la transfobia y el VIH-SIDA REDLACTRANS / Fondo Mundial. 2016-2019. Consultora Comunitaria Trans para Corporación Kimirina octubre 2019. 	

• Entrevista 5

Entrevistado	Danilo Manzano Navas
Fecha de la Entrevista	5 de junio de 2020
Perfil	
<ul style="list-style-type: none"> - Estudios en relaciones públicas (UTE), diplomado en marketing 2.0 (USFQ) y resolución de conflictos (Cámara de Comercio de Quito) - Director de la Organización Diálogo Diverso, que trabaja en la promoción, garantía y defensa de Derechos Humanos, con énfasis en personas LGBTI, género y democracia. - Productor de Dialogando Ando, plataforma de comunicación alternativa de YouTube y Facebook que impulsa a los líderes juveniles de Latinoamérica y de temáticas sociales. - Coordinador de la Agenda de derechos de las Juventudes del Distrito Metropolitano de Quito - Expositor de la plataforma internacional de charlas TEDx (2017) - Vicepresidente de la Asamblea Barrial de La Mariscal (2017) - Beca para actividades de incidencia ciudadana, por parte de la Fundación Chilena Ciudadano Inteligente (2017) - Speaker dentro del congreso político de personas LGBTI, invitado por la Organización VICTORY Foundation en la ciudad de Washington DC (diciembre 2017) 	

- Coordinador del Proyecto de participación política LGBTI Por Una Democracia Diversa con el financiamiento de la Embajada de Canadá en Ecuador e implementado por Fundación Esquel (2018)
- Speaker sobre temáticas LGBTI de Latinoamérica en el encuentro Mundial WUF9 HABITAT III en la ciudad de Kuala Lumpur-Malasia. (febrero 2018)
- Global Innovator de la Organización Human Rights Campaign (USA 2018)
- Representante de organizaciones LGBTI en la General Assembly of Partners para HABITAT III Naciones Unidas (2018)
- Facilitador de Diálogo para Metodología de Co creación del programa Gobierno Abierto – Ecuador