

Análisis sobre la Madurez del Monitoreo Liderado por la Comunidad

Participación comunitaria

en el fortalecimiento de los servicios de salud para el VIH y la tuberculosis en América Latina y el Caribe, con énfasis en el monitoreo liderado por la comunidad en:

Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia

Análisis sobre la madurez del Monitoreo Liderado por la Comunidad / Participación comunitaria en el fortalecimiento de los servicios de salud para el VIH y la tuberculosis en América Latina y el Caribe, con énfasis en el monitoreo liderado por la comunidad en el contexto de las subvenciones del Fondo Mundial en Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia, es un documento elaborado por la Plataforma Regional de Aprendizaje de las Comunidades y de la Sociedad Civil para América Latina y el Caribe, (Plataforma de Aprendizaje LAC) .

Primera edición

Lima, Perú. Diciembre de 2025

© Vía Libre

Jr. Paraguay 490, Cercado de Lima, Lima 1, Perú

vialibre@vialibre.org.pe | www.vialibre.org.pe | www.plataformalac.org/

Teléfono: (+511) 203-9900

Director Ejecutivo

Dr. Robinson Cabello

Coordinador Técnico de la Plataforma de Aprendizaje Latinoamérica y el Caribe

Anuar I. Luna Cadena

Autora

Lídice Lopes Tinoco

Supervisión técnica y editorial

Anuar Luna

Diseño

Juan Carlos Rodríguez Espinosa



Plataforma Regional de Aprendizaje de las Comunidades y de la Sociedad Civil para América Latina y el Caribe, (Plataforma de Aprendizaje LAC) es una Iniciativa impulsada por Vía Libre con apoyo financiero del Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). Forma parte de las intervenciones del Fondo Mundial para apoyar y fortalecer la participación comunitaria y de la sociedad civil en todos los niveles de sus procesos, componente de la Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria (IE PC).

Tabla de Contenidos

	Acrónimos	1
1.	Presentación	2
2.	Introducción	4
3.	Marco de Referencia	6
4.	Aspectos Metodológicos	8
5.	Hallazgos	9
6.	Fortalezas y Debilidades	18
7.	Desafíos y Lecciones Aprendidas	19
8.	Conclusiones	23
9.	Referencias	24
	Anexo 1 Guía de Entrevista para Estudio de Caso	25
	Guía de Entrevista para Estudio de Caso	
	Anexo 2 Infografías MLC	27
	MLC / MLC del Modelo ITPC - LATCA / MLC del Modelo GIVAR / Logros del MLC	



Acrónimos

ALEP+PC	Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave
CV	Carga Viral
CD4	Linfocitos CD4
CS7	Ciclo de subvenciones 7
FM	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
IE PC	Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria
ITPC - LATCA	International Treatment Preparedness Coalition – Latinoamérica y el Caribe
GCC	Grupo Consultivo Comunitario
GIVAR	Grupo Impulsor de Vigilancia Ciudadana
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MINSA	Ministerio de Salud
MLC	Monitoreo Liderado por la Comunidad
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PrEP	Profilaxis Pre-Exposición
OCT	Observatorio Comunitario de Tratamiento
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RP	Receptor Principal
SIS	Seguro Integral de Salud
USD	Dólares de los Estados Unidos de América

1. Presentación

Los sistemas de salud y los sistemas de salud comunitarios son fundamentales para lograr una cobertura sanitaria integral. Estos contribuyen a garantizar que todas las personas accedan de forma segura y equitativa a los servicios de prevención y tratamiento. En este marco, el Fondo Mundial apoya e incluye a las comunidades en todas las etapas de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria.

En América Latina y el Caribe, luego de un impulso para el inicio y ampliación del tratamiento antirretroviral, el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM) se ha concentrado -en la última década- en la financiación de la prestación de servicios de prevención del VIH, la tuberculosis y la malaria; incluyendo estrategias de diagnóstico, derivación a servicios de salud y, en el caso del VIH, al acceso de la profilaxis pre exposición (PrEP). También ha invertido en el fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales a través del **Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC)**.

El MLC es un mecanismo de rendición de cuentas que opera mediante un proceso planificado y estructurado con la participación directa de personas de las comunidades afectadas: recopila información, la analiza y la usa para mejorar el acceso a servicios, su calidad e impacto. [Guatemala](#), [El Salvador](#), [Honduras](#), [Costa Rica](#), [Colombia](#), [Venezuela](#), [Ecuador](#), [Perú](#), [Bolivia](#) y [Paraguay](#) han tenido experiencias de monitoreo liderado por la comunidad, con el apoyo de diversas fuentes financieras, aunque en algunos de estos países ha sido conocido como “vigilancia ciudadana” o “veeduría ciudadana o comunitaria”.

En este marco, la [Plataforma Regional de Aprendizaje de las Comunidades y de la Sociedad Civil para América Latina y el Caribe](#), hospedada por Vía Libre, se propuso documentar y difundir el trabajo en MLC en algunos países de la región. Así, teniendo en cuenta la madurez de las experiencias, entendida tanto en duración (años) y ciclos de ejecución, logros obtenidos en el fortalecimiento del sistema, así como en el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, este estudio de caso recoge cuatro experiencias de monitoreo liderado por las comunidades que se abordan desde tres modelos: aquel implementado por ITPC - LATCA, con el financiamiento del Fondo Mundial a través de la subvención del proyecto multi país de VIH [Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave \(ALEP + PC\)](#), ejecutado entre los años 2021 y 2025, que utiliza un modelo impulsado en el que lideran y ejecutan las comunidades; aquí se enmarcan las experiencias de [Ecuador](#) y [Bolivia](#).

En segundo lugar recogemos la experiencia implementada en **Colombia** por la Fundación Ancla, que nace a partir de una intervención en salud que promueve puntos de cuidado y que cuentan con financiamiento privado; y, finalmente, la experiencia de **Perú**, a través de GIVAR, que durante quince años ha dado seguimiento a los problemas de suministro de medicamentos antirretrovirales, que se sostiene con aportes pequeños de ONG locales, aunque ha recibido apoyo técnico a corto plazo de la **Iniciativa Estratégica de Participación Comunitaria (IE PC)** del FM para una sistematización de la experiencia y el desarrollo de algunas herramientas de difusión.

Este estudio de caso brinda evidencia de los aportes del MLC en la respuesta al VIH, con el objetivo de contribuir a identificar alternativas para su sostenibilidad de acuerdo con las dinámicas locales de financiamiento. Documenta y sirve de herramienta de difusión de las experiencias de MLC para fundamentar el diseño de acciones ciudadanas similares que contribuyan al acceso a prevención, tratamiento antirretroviral y la atención integral en VIH.

Este estudio fue posible gracias al apoyo y disposición de los coordinadores de las experiencias en cada uno de los países, ITPC – LATCA y otros informantes clave que contribuyeron con datos sobre las actividades y sus logros.



1 ALEP-PC (2024). Informe Final De Primer Ciclo Monitoreo Liderado Por La Comunidad (MLC). Disponible en: <https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/97A.-Informe-Regional-I-Ciclo-MLC.pdf>

2. Introducción

Desde su creación, el FM ha promovido la participación de las comunidades en el diseño, implementación y evaluación de las subvenciones que contribuyan a la respuesta al VIH, la tuberculosis y malaria. En los últimos años, ha promovido intensamente la inclusión de actividades de monitoreo de las respuestas, particularmente aquellas lideradas por las comunidades, lo que se conoce como Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC).

El MLC, promovido desde ITPC, se define como

“un proceso en el que las comunidades lideran y realizan actividades de monitoreo del conjunto de servicios específicos que proporciona un centro de salud vinculantes al VIH, en las áreas de prevención, atención, tratamiento y supresión viral; con la finalidad de obtener evidencia, desde la percepción de las personas usuarias y de la información disponible, estableciendo en todo momento una estrecha colaboración con las redes de personas con VIH y poblaciones clave, organizaciones locales y grupos de observatorio comunitario de tratamiento locales”.¹

En este contexto, las acciones de MLC, promovidas por ITPC y financiadas por el FM a través de la subvención ALEP+PC, se orientaron a recolectar información que ha permitido monitorear el mejoramiento de la calidad, el acceso y la disponibilidad de los servicios relacionados al VIH, con énfasis en la identificación de barreras para el acceso y la disponibilidad. Para este estudio de caso se han tomado las experiencias de **Bolivia** y **Ecuador** que trabajan bajo este modelo.

Algunos aspectos que destacan del modelo utilizado y promovido por ITPC consisten en que la dirección o liderazgo de las acciones recaen en las personas afectadas por el VIH; también enfatiza que los procesos de monitoreo son cíclicos.

Por otro lado, las acciones de vigilancia ciudadana realizadas en **Perú** y **Colombia** descritas en este estudio se enmarcan en la siguiente definición: *“es un mecanismo de participación de los ciudadanos y las ciudadanas en el control de la gestión pública. Su objetivo es controlar la eficiencia, la legalidad y la transparencia de las acciones de las autoridades y funcionarios/as de las entidades públicas.”*²

2 Propuesta Ciudadana (2011). La Vigilancia Ciudadana para el Cumplimiento de los Compromisos

En este marco conceptual se ubican las acciones del **Grupo de Vigilancia del Abastecimiento de Antirretrovirales (GIVAR)**, un colectivo que agrupa a organizaciones de la sociedad civil, entre ONG y organizaciones de base comunitarias, que realiza acciones de vigilancia ciudadana vinculadas -particularmente- a la provisión oportuna de medicamentos antirretrovirales, aunque en los últimos años han extendido su ámbito de acción a otros aspectos relacionados a la atención integral en VIH y sus barreras, como el acceso al Seguro Integral de Salud, la provisión de fórmulas lácteas, entre otros.

La **Fundación Ancla**, por su parte, es una organización de la sociedad civil que trabaja por la salud pública en **Colombia y América Latina**, con un abordaje integral y con enfoque diferencial, de género y vulnerabilidad. A lo largo de sus años de trabajo ha implementado acciones para acercar el diagnóstico y tratamiento a personas que viven con VIH y afectadas por la tuberculosis. En el marco de sus acciones de consejería, diagnóstico y vinculación a los servicios de salud, desarrolló un trabajo de vigilancia ciudadana que registra las demoras en el acceso a tratamiento luego de un diagnóstico positivo.

Para documentar estas experiencias se entrevistó -entre agosto y setiembre de 2025- a coordinadores de las actividades en los cuatro países, así como a otros actores relevantes en la implementación de los modelos de MLC; se revisaron también informes publicados o de trabajo producidos por las organizaciones que llevaron a cabo las experiencias.

3. Marco de Referencia

Sobre la respuesta al VIH en los países de interés

En la región de **América Latina**, y la **región andina** en particular, los nuevos casos de VIH han seguido en aumento en los últimos años. Según OPS, se estima que las nuevas infecciones aumentaron un **9%** de **2010 a 2023**, con aproximadamente **120.000** nuevas infecciones en **2023**.³

En los cuatro países que ocupan nuestro análisis: **Colombia**, **Ecuador**, **Bolivia** y **Perú**, la epidemia sigue concentrada en los hombres que tienen sexo con otros hombres, las mujeres trans y las trabajadoras sexuales.

En estos países los servicios de provisión de tratamiento antirretroviral, en el marco de la atención integral en salud para las personas con VIH iniciaron alrededor del 2002, con los primeras subvenciones financiadas por el Fondo Mundial. Hoy, más de veinte años después, los países financian con recursos propios gran parte de la adquisición de medicamentos antirretrovirales y servicios de atención.

A pesar de los avances, todavía existen problemas relacionados a la atención, la provisión de los medicamentos, los exámenes de seguimiento, el estigma y la discriminación, además de entornos normativos que pueden criminalizar a personas vulnerables a la infección y llegan a limitar el acceso.

En este contexto, se hace necesario contar con datos confiables sobre la atención que puedan informar la toma de decisiones de política, a través del MLC.



³ Pan American Health Organization. (s. f.). VIH/SIDA. Recuperado el 9 de septiembre de 2025, de https://www.paho.org/es/temas/vihsida?utm_source=chatgpt.com#:~:text=Se%20estima%20que%20el%20n%C3%BAmero,casos%20a%2015.000%20por%20a%C3%B1o

Sobre el Monitoreo Liderado por la Comunidad y su madurez

La **Estrategia del Fondo Mundial 2023-2028** prioriza las inversiones en el desarrollo de capacidades a largo plazo de organizaciones, redes y grupos comunitarios, con el fin de fortalecer los vínculos y mejorar la continuidad de los servicios entre las actividades comunitarias y la prestación formal de atención médica. La Estrategia también apoya el MLC, donde las comunidades son quienes monitorean la efectividad, la calidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de los programas y servicios de salud que reciben. ⁴

El MLC busca fortalecer la adopción e implementación de mecanismos de monitoreo comunitario en las áreas de VIH, tuberculosis y malaria, y generar evidencia que sirva de base para la toma de decisiones programáticas y financieras para lograr mejores resultados en materia de salud. El MLC ha demostrado ser eficaz para mejorar los servicios para las personas marginadas y vulnerables, así como para abordar las preocupaciones relacionadas con la salud y los derechos humanos. ⁵

De acuerdo con ITPC, el MLC es un modelo único que forma y empodera a las comunidades para recolectar información sobre las barreras de acceso a atención en salud, analizarla y utilizarla para orientar acciones necesarias para influir en las políticas públicas y promover la rendición de cuentas. Con estas acciones, el MLC busca que los datos recopilados evidencien los problemas que atraviesan las personas que viven con VIH. ⁶

En muchos países, las personas más marginalizadas y en mayor vulnerabilidad a la epidemia del VIH enfrentan serias barreras para acceder a la atención en salud, que van desde el estigma o la discriminación hasta barreras relacionadas a la situación de pobreza, pasando por prácticas violentas basadas en género u orientación sexual. Por ello, es de vital importancia que las personas más afectadas fortalezcan su liderazgo, sus capacidades y su involucramiento en la toma de decisiones que influyen directamente en los servicios de salud. ⁷

Como ha sido destacado por el Fondo Mundial, las organizaciones de base comunitaria tienen una habilidad particular para interactuar con las personas afectadas, responden rápidamente a sus necesidades y se involucran con las personas más afectadas y vulnerables. Esto hace más relevante que sean las organizaciones de base y las personas de las comunidades las que lideren los procesos de monitoreo.

⁴ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2024, 14 de marzo). Community Responses and Systems. <https://www.theglobalfund.org/en/community-responses-and-systems/>

⁵ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (Mayo, 2020). Visión general del monitoreo comunitario. https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2022/04/core_css_overview_es.pdf

⁶ ITPC Global. (1 de agosto de 2022). What is Community Led Monitoring? https://itpcglobal.org/resource/what-is-community-led-monitoring/?utm_source=chatgpt.com

⁷ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (14 de marzo de 2024). Community Responses and Systems. Recuperado de https://www.theglobalfund.org/en/community-responses-and-systems/?utm_source=chatgpt.com

Durante muchos años, las comunidades han generado espacios de monitoreo comunitario o liderado por la comunidad y muchos de ellos han alcanzado cierta madurez, de acuerdo con los niveles de madurez que se presentan en la [Figura 1](#).

Figura 1. Niveles de madurez del Monitoreo Liderado por la Comunidad.



Los casos recogidos en este estudio han alcanzado un nivel experimentado, han completado varios ciclos de recojo de información, en varios de los casos han logrado influir en el funcionamiento de los servicios y, en uno de los casos, han impulsado procesos de cambios normativos.

4. Aspectos metodológicos del estudio

El estudio busca ampliar la comprensión sobre cómo se han desarrollado las experiencias de monitoreo liderado por la comunidad y cómo se han sostenido en el tiempo, contribuyendo al desarrollo de capacidades en las comunidades con VIH y tuberculosis para integrar estas experiencias a sus intervenciones, destacando las buenas prácticas y lecciones aprendidas.

Para ello, luego de revisar los documentos de las experiencias, se entrevistó a los coordinadores de las iniciativas y otros informantes clave.

5. Hallazgos

Los resultados se presentan de acuerdo con las categorías de análisis para comparar el trabajo en MLC en los cuatro países.

5.1. De la Metodología para el recojo de información en el MLC

Ecuador / Bolivia

El modelo desarrollado por ITPC y utilizado en Ecuador y Bolivia implementó la **colección cíclica de información**. En ambos países, esta se ha realizado desde el año 2023 y se han hecho al menos tres ciclos. De acuerdo a los informes a los que se tuvo acceso, en cada uno de los países participaron alrededor de 300 personas en cada ciclo.

Para la búsqueda activa de información se capacitan a recolectores de datos -o entrevistadores- que toman comunicación con los establecimientos de salud, gestionan autorizaciones y entrevistan a los usuarios de los servicios de salud. Las herramientas utilizadas para el recojo de datos toman en cuenta dimensiones como **calidad, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad** de los servicios de atención al VIH.

De acuerdo con los reportes de Ecuador y Bolivia, las preguntas de las entrevistas y los grupos focales abarcan las diversas dimensiones mencionadas, a partir de las experiencias de las personas mientras transitan por los establecimientos de salud y en la recepción de su medicamentos ^{8, 9, 10}. Los grupos focales permitieron aproximarse de manera más abierta al contexto de la atención de las personas con VIH.

8 ITPC LATCA. (2023). Informe final del I Ciclo de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC). Recuperado de <https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/97A.-Informe-Regional-I-Ciclo-MLC.pdf>

9 ITPC LATCA. (2023). Informe final del I Ciclo de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC), Bolivia. Recuperado de https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/98A.-Bolivia_Informe-final-de-I-Ciclo-MLC.pdf

10 ITPC LATCA. (2023). Informe final del I Ciclo de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC), Ecuador. Recuperado de https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/101A.-Ecuador_Informe-final-de-I-Ciclo-MLC.pdf

Las personas responsables del recojo de información también cuentan con una bitácora que les permite registrar anécdotas u otros problemas de la atención o del proceso de recojo de la información que no están contemplados en la encuesta.

Tanto en **Ecuador** como en **Bolivia** se cuenta con un Observatorio Comunitario de Tratamiento (OCT) que agrupa a organizaciones de la sociedad civil, principalmente de personas que viven con VIH, y un Grupo Consultivo Comunitario (GCC) que integra también a organismos de cooperación como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Defensoría de Pueblo, a los MCP y a la instancia responsable de la respuesta al VIH en el Ministerio de Salud.

La experiencia de ITPC en **Bolivia** y **Ecuador**

- Se enfoca en la calidad, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad de los servicios de atención al VIH.
- Se realizó en ciudades de Ecuador y Bolivia.
- Cuentan con un espacio formal en el que se discuten los hallazgos y se planifican las acciones de incidencia o las soluciones a problemas identificados.
- La experiencia se extendió de 2023 a 2025.
- Tuvieron tres ciclos de recojo de información.
- Financiado por el Fondo Mundial.

Colombia

En la experiencia de **Colombia** la Fundación Ancla, a través del programa Centinela de Vida, recopila la información de los usuarios que buscan servicios en el Punto de Cuidado en la región de Urabá, en el departamento de Antioquia. Luego de un diagnóstico positivo y los posteriores exámenes de Carga Viral y linfocitos CD4, Fundación Ancla acompaña la vinculación a la atención en salud y tratamiento antirretroviral. A partir de este trabajo, la Fundación identifica barreras que demoran el acceso, documenta el caso y lo tramita ante las instancias necesarias. Es un proceso de vigilancia e incidencia a posteriori con una orientación caso por caso.

Perú

En el caso de **Perú**, la recolección de información es pasiva: **GIVAR** ha puesto a disposición de las personas que viven con VIH tres canales de comunicación para que puedan presentar sus quejas o reclamos: **WhatsApp**, **página web** y **una aplicación para teléfonos móviles**. Se cuenta con un formato básico que recopila el motivo de la queja, el hospital o centro de salud y los datos de contacto del usuario. De acuerdo con los reportes de **GIVAR**, el mayor volumen de denuncias se registró en 2021, con un total de 366 casos, seguido de 2024, con 335. En contraste, en otros años el número de denuncias fue considerablemente menor, situándose por debajo de las 60, como ocurrió en 2014. El crecimiento en el número de denuncias se debe, según la coordinación, al posicionamiento de **Givar**, principalmente, y a otros aspectos relacionados con la adquisición y distribución de medicamentos.

En el caso peruano, el objetivo de la vigilancia ciudadana se ha centrado históricamente en la provisión oportuna de medicamentos antirretrovirales para las personas que viven con VIH; sin embargo, en los últimos años, también se han recolectado quejas sobre fraccionamientos en las entregas, desabastecimiento de medicamentos para infecciones oportunistas y fórmulas lácteas para infantes expuestos; asimismo, se reciben casos relacionados con el acceso al Seguro Integral de Salud y el monitoreo de la provisión de PrEP oral.

Las quejas son recolectadas a diario a través de los distintos canales, de acuerdo con las situaciones que denuncien los usuarios. A partir de una primera queja, voluntarios de **GIVAR** solicitan datos adicionales, de ser necesarios, para dar solución y garantizar la provisión de los medicamentos o insumos.

Los casos son verificados con informantes de los establecimientos de salud y comunicados al grupo de trabajo que conforma el Ministerio de Salud, la Seguridad Social, la Oficina de Migraciones, la Superintendencia de Salud y el Seguro Integral de Salud para dar respuesta a las quejas y reclamos. Este grupo hace las veces de un Comité Consultivo que da respuesta a las denuncias.

La experiencia de **GIVAR** en **Perú**

- Se centra en la provisión de medicamentos antirretroviral aunque en los últimos años se extendió a otros insumos y aspectos relacionados al aseguramiento
- Cobertura Nacional
- Espacio informal en el que participan instancias Ministerio de Salud, Dirección de Migraciones, Superintendencia de Salud, el Seguro Integral de Salud, la Seguridad Social, ONUSIDA
- Trabaja desde 2010
- Además de la resolución de los casos denunciados, logró la promulgación del DS 002-2020-SA y la Ley 32154
- Financiado por **Sí, Da Vida** y la colaboración de otras ONG locales

5.2. Análisis, sistematización y presentación de los datos recopilados

Tratándose de una iniciativa regional, liderada por ITPC – LATCA, los datos recolectados en **Bolivia** y **Ecuador** son analizados por un equipo regional. Este equipo sistematiza los hallazgos de manera centralizada y emite los informes por cada uno de los países, así como un informe con enfoque regional que agrupa los datos de todas las encuestas de la región.

Los resultados suelen ser presentados luego al **Grupo Consultivo Comunitario** de manera que - *de la mano* - se trabaje una hoja de ruta para mejorar la situación de la atención en salud en las cuatro dimensiones evaluadas.

Dado que la situación de los establecimientos de salud puede variar de ciudad en ciudad, los datos pueden ser presentados por centro de salud, de manera que también se planteen acciones de mejora a nivel local.

En cuanto a **Estigma y Discriminación**, los reportes señalan que se reportaron en los grupos focales situaciones estigmatizantes y de maltrato, particularmente a personas que usan drogas o que se dedican al trabajo sexual, por lo que recomiendan, en primer término, la sensibilización al personal de salud, para garantizar un espacio libre de estigma y discriminación y, en segundo lugar, contar con un mecanismo de notificación claro que permita a las personas denunciar las situaciones de maltrato en los establecimientos de salud.

El caso de **Perú**, **GIVAR** realiza la sistematización de los casos de desabastecimiento o interrupción en la provisión de insumos cada seis meses, aunque ha habido ocasiones en que la crisis de abastecimiento de medicamentos se ha profundizado, razón por lo cual se requirió evidenciar la situación en un periodo más corto con el objetivo de utilizar dicha información en campañas de medios o notas de prensa que contribuyan a la incidencia. Como señalábamos líneas arriba, los casos individuales son comunicados al Grupo de trabajo para su atención inmediata.

En **Colombia**, **Fundación Ancla** registra los casos positivos derivados al sistema de salud y, ante una demora o barrera en los establecimientos de salud, refiere el caso a los gobiernos locales y las entidades territoriales¹¹. La Fundación realizan reuniones “*a demanda*” con dichas entidades para responder a los casos que se identificaban a lo largo del camino y dan seguimiento al caso hasta que las personas diagnosticadas inician el tratamiento antirretroviral en el sistema de salud.

¹¹ Entiéndase como entidades territoriales a todas aquellas que proveen servicios de salud, empresas prestadoras de salud y empresas aseguradoras.

La experiencia de Fundación Ancla en Urabá, Colombia

- Tiempo de vinculación al tratamiento antirretroviral.
- Distrito de Urabá, Antioquia, Colombia.
- Promueve espacios de incidencia con instancias de salud y otras instancias territoriales.
- Experiencia que inicia en 2022.
- Entre los logros se cita la consolidación del algoritmo de testeo, fortalecimiento de los canales de vinculación.
- Contó con el financiamiento de GlaxoSmithKline GSK y continúa financiándose con recursos propios.



5.3. Acciones de Incidencia

Las acciones de incidencia son trabajadas en los tres países de manera similar.

En los casos de **Ecuador** y **Bolivia**, la instancia que analiza los hallazgos y define acciones de incidencia suele ser el **Grupo Consultivo Comunitario**. También es ahí donde se establecen compromisos de intervención para resolver un problema particular.

En **Perú** y **Colombia**, las organizaciones que lideran el monitoreo, canalizan las situaciones una a una a un grupo de trabajo.

Es importante destacar que las acciones priorizadas en los países no solo involucran a los aparatos estatales, también determinan algunas acciones a cargo de las organizaciones de base comunitaria.

Área de Incidencia	¿Qué se encontró?	Acciones Realizadas
Ecuador		
Desarrollo de Habilidades	Débil conocimiento de los usuarios en cuanto al auto-cuidado, derechos humanos y otros temas conexos.	Se realizaron talleres de alfabetización en tratamiento antirretroviral y Derechos Humanos que han resultado en mayor involucramiento de las comunidades en las acciones de MLC.
Derechos Humanos	Exigencia de pruebas de VIH en ámbito laboral.	Difusión de información sobre derechos humanos y la ilegalidad que representa la exigencia de pruebas de VIH en el ámbito laboral.
Logística e Infraestructura	En la provincia de Riobamba se identificó un retraso en el análisis de muestras de CD4 y carga viral (CV).	Con la intervención de la Estrategia Sanitaria de VIH se logró atender las barreras legales que limitaban el transporte de las muestras y se ha resuelto la situación.
Cambio de Política	Actualización de la Ley de VIH	Diseño y presentación de la Propuesta que reforma la Ley de VIH. Esto fue impulsado por distintos actores de sociedad civil, instancias de cooperación y el Estado.

Área de Incidencia	¿Qué se encontró?	Acciones Realizadas
Bolivia		
Logística e infraestructura	Desabasto o irregularidades en la dispensación de los medicamentos.	Posicionamiento del tema en el GCC. Se tramitaron donaciones e hicieron denuncias internacionales.
Desarrollo de Habilidades	Desconocimiento de la cadena de suministro. Manejo de redes sociales.	Capacitación a activistas sobre la cadena de suministro, desde la perspectiva de la sociedad civil. Fortalecimiento de conocimientos sobre el rol del PNUD y el Fondo Mundial. El Observatorio ya cuenta con sus propias redes sociales y difunde su trabajo.
Cambio de Política	Desactualización de la Norma de atención.	Revisión de la Norma Nacional de atención que tiene un avance del 50%, bajo el liderazgo del Observatorio Comunitario. Trabajo en la actualización de la Guía para la prevención de la Trasmisión Materno perinatal y la Guía de atención a adolescentes.

Área de Incidencia	¿Qué se encontró?	Acciones Realizadas
Perú		
Logística e infraestructura	Identificación de casos de interrupción de la provisión de medicamentos, desabastecimiento y retrasos en las compras de ARV y su solución.	A través de comunicaciones al grupo de autoridades que reúne a la Dirección de Prevención y Control de ITS, VIH y hepatitis virales, el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos, el Seguro Integral de Salud (SIS), la diversas instancias del Ministerio de Salud resuelven los casos denunciados.
Derechos Humanos	Barreras en el acceso al Seguro Integral de Salud de peruanos y migrantes.	<p>A través de comunicaciones al SIS se acelera el registro de las personas con VIH.</p> <p>Para el caso de las personas migrantes interviene la oficina de Migraciones para facilitar los trámites de documentos de identidad y SIS.</p>
Cambio de Política	Barreras en el acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) de peruanos y migrantes.	<p>Promulgación del Decreto Supremo N° 002-2020-SA: garantiza el acceso de las personas con VIH y TB al SIS.</p> <p>Promulgación de Ley 32154: permitió que extranjeros no residentes con diagnóstico de tuberculosis o VIH puedan afiliarse al SIS. De esta manera pueden recibir atención y tratamiento gratuito.</p> <p>Demanda de cumplimiento para exigir al Ministerio de Salud que provea oportunamente y en cantidad adecuada los tratamientos antirretrovirales que ha obtenido dictamen favorable en primera instancia.</p>

Área de Incidencia	¿Qué se encontró?	Acciones Realizadas
Colombia		
Derechos Humanos	Retraso en el acceso a medicación oportuna.	A través de reuniones con gobiernos locales y las entidades territoriales se redujo el tiempo de espera para acceder a tratamiento.
Cambio de Política	Débil cumplimiento del algoritmo de testeo y Diagnóstico.	A través del posicionamiento de la evidencia, se fortaleció el algoritmo de testeo y diagnóstico en el departamento y a nivel nacional.

6. Fortalezas y Debilidades

Modelo /país	Fortalezas	Debilidades
ITPC (Bolivia y Ecuador)	<ul style="list-style-type: none">· Modelo cíclico· Bien planificado· Apoyo Regional· Intercambio de aprendizajes entre países· Espacio de Incidencia formal (GCC)	<ul style="list-style-type: none">· Costoso· Dimensiones e instrumentos definidos en un nivel regional que hacen más difícil adaptarse a las situaciones locales
GIVAR (Perú)	<ul style="list-style-type: none">· Bajo costo· Posicionamiento y consolidación	<ul style="list-style-type: none">· Espacio de incidencia informal (Grupo de trabajo)· Débil movilización de recursos
ANCLA (Colombia)	<ul style="list-style-type: none">· Cercano a la población· Responde de inmediato a las necesidades identificadas	<ul style="list-style-type: none">· Débil movilización de recursos· Frágil sostenibilidad de espacios de solución de quejas

7. Desafíos y Lecciones aprendidas

Algunos desafíos para la implementación del MLC en el camino hacia su consolidación se centraron en:

Fortalecimiento comunitario y alianzas

- ✓ Sostener las acciones de MLC sobre un tejido comunitario fortalecido puede no solo acelerar la implementación de un sistema de monitoreo más complejo, sino contribuir a su madurez y sostenibilidad. Esto fue más evidente en Ecuador y Perú.
- ✓ Gracias al fortalecimiento de alianzas con otras organizaciones de la sociedad civil y con otras instancias de la cooperación internacional y del Estado - como la OPS y el PNUD, la Defensoría del Pueblo y el Ministerio de Salud entre otras entidades nacionales y locales - ha permitido el posicionamiento del MLC a nivel nacional y regional.

Ampliación y adaptación del MLC

- ✓ Los procesos de MLC han debido ampliarse gradualmente, dentro de los objetivos de las iniciativas. Los temas conexos relacionados con otros insumos, la rotación del personal de salud, el aseguramiento u otros temas que se vinculan con el acceso a atención integral en salud debieron ser abordados para poder garantizar el tratamiento antirretroviral. Esto ha resultado en un mejor posicionamiento de la iniciativa ya que ha contribuido a generar mayor confianza en los usuarios de los servicios de salud.
- ✓ Es importante señalar que en todos los países la información provista por el MLC ha contribuido a mejorar los sistemas de salud: fortaleciendo los algoritmos de diagnóstico y la rapidez para acceder a tratamiento en Colombia; acelerando el aseguramiento de las personas con VIH independientemente de su situación migratoria en el Perú, lo que permite un acceso a la atención y tratamiento; mejorando la tramitación de los exámenes de Carga Viral y CD4 en Ecuador y animando la actualización de las normas en Bolivia. Sin embargo, hace falta una integración mayor o total de la información generada por el MLC en la toma de decisiones habituales de los servicios, su diseño o programación.

Gestión y sistematización de la información

- ✓ El manejo de la información suele incrementarse en todos los casos. En las experiencias que surgieron de manera más espontánea, como en Perú y Colombia, el registro y sistematización de los datos fue inicialmente limitado a datos de contacto, para luego recoger más información de los usuarios y del sistema de salud, de manera que permitiera conocer mejor las problemáticas. En el caso de Ecuador y Bolivia, con el modelo de ITPC, el diseño de las herramientas para el recojo de datos y su sistematización fue cada vez más preciso y adaptado a las necesidades locales.
- ✓ En Ecuador se ha sistematizado la información del MLC y sus resultados intermedios de manera que en la siguiente subvención (CS8) se logren consolidar los mecanismos de colección de datos a través de plataformas gratuitas y los canales de respuesta a las denuncias, como el Grupo Consultivo Comunitario, para asegurar la inclusión de la información en los procesos de toma de decisión de política.

Entorno gubernamental y político

- ✓ Los cambios en las instancias de gobierno pueden dificultar la consolidación y madurez de los procesos de MLC ya que requiere que las organizaciones de base comunitaria reinicien la comunicación con los nuevos funcionarios. En los casos que hemos analizado, la permanencia de las actividades por al menos dos años hizo posible que superaran los cambios de gobierno o de funcionarios locales. Esto fue transversal a todas las experiencias y países.
- ✓ El tiempo es un factor muy relevante para la consolidación y la madurez de los procesos de MLC. La permanencia de las acciones de monitoreo e incidencia hacen posible que el MLC sea reconocido por los usuarios de los servicios de salud y todos los actores de sociedad civil, de gobierno y de la cooperación internacional y, en tanto, se actúe con mayor celeridad ante denuncias o cambios de política necesarios.

Sostenibilidad

- ✓ Las acciones de MLC cuentan con recursos muy limitados. En todos los países se ha buscado que el registro y sistematización de los datos sean a través de plataformas gratuitas o de muy bajo costo de mantenimiento, lo que permitiría que las acciones puedan continuar. Esto es transversal a todas las experiencias, independientemente de la madurez o el tiempo de ejercicio del MLC.
- ✓ En Perú, GIVAR recibe pequeños recursos de Si, Da Vida y otras organizaciones que contribuyen con espacios para reuniones, tiempo de su personal para el análisis de información, redacción de pronunciamientos y cartas, entre otras acciones que requieren horas/hombre. Los costos de herramientas tecnológicas son cubiertos por organizaciones miembros del colectivo y planean seguir con este modelo de financiamiento que les permite sostenerse en el tiempo, aunque no descartan postular a pequeños proyectos o subvenciones que contribuyan a fortalecer las habilidades de las personas con VIH que colaboran a través de sus denuncias. En cuanto a la solución de los problemas identificados y la influencia en la toma de decisiones, GIVAR continúa apostando por sostener el grupo informal de actores clave que dan respuesta a las quejas por desabastecimiento.
- ✓ En todos los países se tiene una fuerte confianza en la labor de las y los activistas para continuar con el MLC, independientemente de la presencia de recursos específicos para estas acciones. Los coordinadores señalaron que son las personas con VIH las que están involucradas directamente en la atención y que han venido haciendo este trabajo desde hace muchos años y que podrían sostener la colección de datos, la presentación de informes y las tareas de incidencia de manera voluntaria, como ha venido siendo el trabajo de GIVAR.
- ✓ Es importante señalar que, en ninguno de los casos analizados, se prevé el financiamiento público, no obstante, en Ecuador, desde la Estrategia Sanitaria de VIH, se ha contemplado esta opción, la cual se encuentra aún pendiente de aprobación.

Recomendaciones para lograr la inclusión del MLC en futuras subvenciones

- Sistematización adecuada de los logros, más allá del reporte de los datos recogidos
- Evidenciar los cambios alcanzados como resultados del MLC
- Consolidar el apoyo político de aliados de sociedad civil y gobierno
- Establecer estrategias del uso de datos como evidencia para la incidencia o la integración de los servicios comunitarios en los sistemas de salud.
- Avanzar en planes de incidencia para el mejoramiento de los servicios.
- Intercambiar experiencias con otros países que estén implementando modelos de MLC en la región.



8. Conclusiones

Los procesos de MLC estudiados se han fortalecido y han alcanzado cierto nivel de madurez que se refleja en una mayor rigurosidad para el recojo de datos, la sistematización, así como las posibilidades de incidir en la toma de decisiones que impactan los sistemas de salud, posicionándose como una herramienta para la exigencia del respeto de los derechos humanos y el acceso a los servicios de salud.

Existen diferencias significativas en la metodología utilizada en los países. En el caso de **Bolivia** y **Ecuador** se trata de un modelo activo, estructurado y cíclico de recolección de datos con metodologías comunitarias que requirieron de un proceso de estandarización desde el nivel regional propuesto por ITPC. En contraste en **Perú** y **Colombia**, el modelo es reactivo y responde, en el primer caso, a las quejas que recibe a través de canales dispuestos para ello y, en el segundo, a los casos de entrapamiento identificados a lo largo del proceso de vinculación a los servicios.

Los niveles de articulación entre organizaciones de la sociedad civil y los organismos de gobierno son similares en los países, aunque muestran mayores grados de formalidad en Ecuador y Bolivia. Las alianzas estratégicas específicas en Perú y Colombia han permitido el avance en temas clave para la atención en salud.

En cuanto a los logros en incidencia política en Ecuador y Bolivia, estos aún están en etapas iniciales, ya que los cambios normativos pueden tomar entre tres y cinco años. Para el caso de Perú, debido a la historia de la iniciativa, los frutos del trabajo en incidencia ya se han concretado, como la afiliación al SIS automática, la atención a migrantes y la obligación del Estado a proveer medicamentos.

Los modelos de MLC analizados presentan potencial de replicabilidad en otros ámbitos de la salud, contribuyendo al fortalecimiento de la participación ciudadana y de la sociedad civil.

Finalmente, la sostenibilidad emerge como una preocupación transversal en los países estudiados, dado que las iniciativas dependen en gran medida del trabajo voluntario y del financiamiento proveniente de la cooperación internacional.

9. Referencias

- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2024, 14 de marzo). Community Responses and Systems. The Global Fund.
<https://www.theglobalfund.org/en/community-responses-and-systems/>
- Plataforma LAC (16 jul 2025)
Fortaleciendo el Monitoreo Liderado por la Comunidad: Madurez y Sostenibilidad [Video].
YouTube <https://youtu.be/lqrv82uxGzk?si=U9lcjDeuUu3TxuEz>
- ALEP-PC (2024). Informe Final de Primer Ciclo Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC).
Disponible en: <https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/97A.-Informe-Regional-I-Ciclo-MLC.pdf>
- ITPC LATCA. (2023). Informe final del I Ciclo de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC).
Recuperado de <https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/97A.-Informe-Regional-I-Ciclo-MLC.pdf>
- ITPC LATCA. (2023). Informe final del I Ciclo de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC), Bolivia.
Recuperado de https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/101A.-Ecuador_Informe-final-de-I-Ciclo-MLC.pdf
- ITPC LATCA. (2023). Informe final del I Ciclo de Monitoreo Liderado por la Comunidad (MLC), Ecuador.
Recuperado de https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2025/10/101A.-Ecuador_Informe-final-de-I-Ciclo-MLC.pdf
- Propuesta Ciudadana (2011). La Vigilancia Ciudadana para el Cumplimiento de los Compromisos.
<https://propuestaciudadana.org.pe/sites/default/files/publicaciones/archivos/La%20vigilancia%20ciudadana%20para%20el%20cumplimiento%20de%20los%20compromisos.pdf>
- Pan American Health Organization. (s. f.). VIH/SIDA. Recuperado el 9 de septiembre de 2025,
Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/vihsida#:~:text=Se%20estima%20que%20el%20n%C3%BAmero,casos%20a%2015.000%20por%20a%C3%B1o>
- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (Mayo, 2020).
Visión general del monitoreo comunitario. The Global Fund.
https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2022/04/core_css_overview_es.pdf
- ITPC Global. (1 de agosto de 2022). What is Community Led Monitoring?
Recuperado de https://itpcglobal.org/resource/what-is-community-led-monitoring/?utm_source=chatgpt.com



Guía de Entrevista para Estudio de Caso (Implementadores/as)



La siguiente herramienta será utilizada durante la fase de recolección de información, específicamente durante las entrevistas a las personas responsables/coordinación de los trabajos de MLC.

Introducción y presentación:

- Propicie un ambiente cordial para que la persona se sienta cómoda de compartir sus experiencias.
- Si va a grabar la llamada, solicite la autorización y asegure que el contenido no será difundido.

“ Buenos días, mi nombre es Lídice López Tocón, en esta oportunidad estoy recopilando información respecto de la experiencia de MLC en (diga el país...), una valiosa experiencia que resumiremos en un breve documento y que estará disponible para consulta de otras organizaciones de base comunitaria.”

Registre los datos formales de la Experiencia. En caso de haberlos completado con anterioridad a la entrevista, utilice el momento inicial para reconfirmar que los datos sean correctos.

1. Nombre o título de la experiencia:

(Registre el nombre de la Iniciativa)

2. Entidad responsable

Los siguientes datos acompañarán el Estudio de Caso.

Nombre de la Organización	<input type="text"/>
Persona de Contacto	<input type="text"/>
Teléfono (con código de área)	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>
Sitio en internet	<input type="text"/>

3. Periodo de ejecución de la experiencia

¿En qué fecha se iniciaron las actividades de MLC?	¿Cuándo terminaron las actividades?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. ¿En qué localidad (es) o áreas del país se llevó a cabo el MLC?

(si se trata de una experiencia multicéntrica, solicite detalle sobre las ciudades incluidas en la experiencia y las razones de su inclusión en la misma)

5. ¿Cuál fue el tema (área) en el que se centró el MLC en (país)?

6. Metodología

¿Podría describir en sus propias palabras la metodología que utilizaron para recoger la información?
Pedir precisión de tiempos y actividades

¿Podría describir las herramientas utilizadas?

¿Coménteme sobre los procesos de capacitación que se hicieron con los recolectores de datos?
(indagar edad, qué comunidades)

7. Análisis y Sistematización de información

¿Cómo se diseñó el plan de análisis de información? ¿Podría describir el proceso?

¿Qué resultados obtuvieron de los datos? ¿Cuáles fueron los datos más sobresalientes?

8. Incidencia

¿Qué alianzas y colaboraciones se establecieron para la incidencia? ¿Quiénes participaron? ¿Cómo se acordaron las acciones de incidencia que tendrían lugar?

¿Qué acciones se priorizaron? ¿Cómo se ejecutaron? ¿Cómo se financiaron? ¿Qué resultados se obtuvieron con las acciones de incidencia

9. Desafíos y Lecciones Aprendidas

¿Qué desafíos tuvieron y cómo los enfrentaron?

¿Qué aprendizajes podrían extraer de esta experiencia?

10. Sostenibilidad

¿Qué acciones han considerado para garantizar la sostenibilidad de las acciones de MLC una vez que el Fondo Mundial concluya la implementación de subvenciones en el país?



MLC

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD



El MLC es un mecanismo de rendición de cuentas que opera mediante un proceso planificado y estructurado con la participación directa en control de la gestión pública de personas y comunidades afectadas: recopila información, la analiza y la usa para mejorar el acceso a servicios, su calidad e impacto.

Su objetivo es controlar la eficiencia, la legalidad y la transparencia de las acciones de las autoridades y funcionarios/as de las entidades públicas.

ITPC, focaliza su definición en el contexto de la respuesta al VIH: "es un mecanismo en el que las comunidades lideran y realizan actividades de monitoreo del conjunto de servicios específicos que proporciona un centro de salud vinculantes al VIH, en las áreas de prevención, atención y tratamiento y supresión viral; con la finalidad de obtener evidencia, desde la percepción de las personas usuarias y de la información disponible, estableciendo en todo momento una estrecha colaboración con las redes de personas con VIH y poblaciones clave, organizaciones locales y grupos de observatorio comunitario de tratamiento locales".

Análisis sobre la madurez del Monitoreo Liderado por la comunidad





**CONTACTO CON
LAS AUTORIDADES**
del establecimiento de salud



Realización de
**ENTREVISTAS Y
FOCUS GROUP**

MLC

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD

del modelo  ITPC - LATCA



Hoja de Ruta



**EL GCC TOMA
DECISIONES**

en base a los resultados de
las encuestas para lograr
cambios

Análisis sobre la madurez del Monitoreo Liderado por la comunidad





Las personas hacen
**DENUNCIAS EN LA
PLATAFORMA DE
GIVAR**



USUARIO
en el establecimiento
de salud
**NO RECIBE
MEDICAMENTOS**

MLC

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD

del modelo



**GIVAR REALIZA LA
DENUNCIA**
al grupo de trabajo



**LA PERSONA
RECIBE EL
MEDICAMENTO**



El grupo interactúa entre sí
**Y RESPONDE A LA
SITUACIÓN DEL
USUARIO**

Análisis sobre la madurez del Monitoreo Liderado por la comunidad





**PROPUESTA
DE LEY**



**PROVISIÓN
OPORTUNA DE
MEDICAMENTOS**

MLC

LOGROS

MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD



**MEJORA DE LA
ATENCIÓN EN
ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD**



**FORTALECIMIENTO
DE LAS
COMUNIDADES**

Análisis sobre la madurez del Monitoreo Liderado por la comunidad

