

Servicios móviles de alcance comunitario

¿Cuál es la práctica probada de alto impacto en planificación familiar?

Apoyar la provisión de servicios móviles de alcance comunitario, para la provisión de una amplia gama de anticonceptivos –incluyendo anticonceptivos de larga duración y métodos permanentes.



Heidi Brown, Marie Stopes, Tanzania

Antecedentes

Los servicios móviles de alcance comunitario abordan inequidades en el acceso a servicios e insumos de planificación familiar, ayudando a que las mujeres y hombres satisfagan sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Estos modelos permiten el despliegue de recursos de manera flexible y estratégica –incluyendo: de proveedores de atención en salud, de insumos, equipos, vehículos e infraestructura relacionados con la planificación familiar–, en áreas de gran necesidad y en intervalos de tiempo que satisfacen la demanda de la manera más efectiva.

La evidencia demuestra que los servicios móviles de alcance comunitario pueden ayudar a incrementar satisfactoriamente el uso de anticonceptivos, particularmente en áreas de baja prevalencia y en lugares donde las barreras geográficas, económicas y sociales limitan la utilización de las prestaciones de salud. Los servicios móviles de alcance comunitario, siempre que estén bien diseñados, ayudan a ampliar la gama de métodos ofrecida a los clientes; y permiten aumentar el acceso a métodos de larga duración y permanentes –métodos que, con frecuencia, no están disponibles en las áreas rurales y otras zonas de difícil alcance, debido a la ausencia de proveedores calificados, suministros y equipos. La provisión de servicios móviles de alcance comunitario aborda estas barreras de acceso al llevar información, servicios, anticonceptivos e insumos a los lugares donde mujeres y hombres habitan y trabajan –generalmente, de manera gratuita o a precios subsidiados. Si los programas móviles de alcance comunitario incluyen la generación y apoyo a los conocimientos y habilidades de los trabajadores locales de salud para que provean una amplia gama de métodos, pueden dejar un legado duradero que fortalezca la existencia de los sistemas de salud.

Varios modelos de provisión de servicios móviles de alcance comunitario han sido implementados a escala, con resultados satisfactorios. Los modelos tienen factores diferenciadores, con base en quién provee los servicios, el lugar donde los brinda y los tipos de acuerdos que respaldan la relación y responsabilidad compartida entre el sector público y privado/no gubernamental. Los servicios de alcance comunitario son implementados por las autoridades de salud pública locales –o en colaboración con estas–, fortaleciendo así los sistemas de salud existentes y generando o desplegando estratégicamente la capacidad local

hacia las áreas desatendidas. Los servicios de alcance comunitario suelen depender de alianzas público-privadas; y de la creación de una red eficiente de proveedores del sector privado, no gubernamental y público, que de manera conjunta facilita el acceso a servicios integrales de planificación familiar.

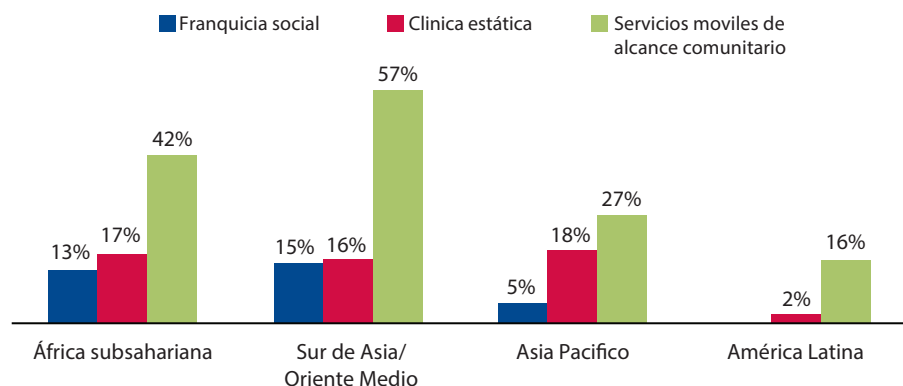
Este artículo describe el rol de los programas móviles de alcance comunitario, como medio para la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios de planificación familiar (particularmente, métodos de larga duración o permanentes); discute la contribución potencial de estos programas; y describe aspectos clave para la planificación e implementación. Los servicios de alcance comunitario son una de las prácticas de alto impacto (PAI) probadas en planificación familiar, identificadas por un Grupo Técnico Asesor de expertos internacionales. Cuando se expanden e institucionalizan, las PAI maximizarán las inversiones en una estrategia integral de planificación familiar (HIP, 2013). Para más información sobre las PAI, ver www.fphighimpactpractices.org/es/descripcion/.

¿Cuáles desafíos pueden abordar los países mediante esta práctica?

- **Los servicios móviles de alcance comunitario sirven a las comunidades con acceso limitado a proveedores clínicos e insumos.** La distribución geográfica de los recursos humanos para la salud, junto a la disponibilidad de insumos y suministros, determina los servicios que estarán disponibles así como su cantidad y calidad. Las poblaciones residentes en áreas rurales, zonas marginales urbanas y comunidades excluidas enfrentan barreras geográficas o económicas para contar con trabajadores de la salud calificados. Esto contribuye a grandes inequidades en los resultados de salud y en el uso de los servicios. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2006* identificó 57 países con escasez crítica de personal de salud (OMS, 2006). Además de poner a disposición proveedores clínicos entrenados, los modelos móviles de alcance comunitario aseguran una provisión confiable de insumos anticonceptivos, suministros médicos y equipos requeridos para brindar la gama completa de opciones de planificación familiar.
- **Los servicios de alcance comunitario alcanzan a poblaciones nuevas y marginadas, acercando los servicios a los clientes.** Los clientes de servicios móviles de alcance comunitario son, probablemente, nuevos usuarios de planificación familiar –este es el caso para el 41% de clientes de alcance comunitario en África subsahariana, el 36% en el sur de Asia y el Oriente Medio, el 47% en Asia pacífico y el 23% en América Latina (Hayes et al., 2013). Junto a otros canales de provisión de prestaciones de salud, los servicios móviles de alcance comunitario ofrecen una manera efectiva para llegar también a las poblaciones pobres. Por ejemplo, en el 2012, en África subsahariana, el 42% de clientes de este tipo de programa, implementado por una organización internacional no gubernamental, vivían con menos de \$1.25 al día –comparado con el 17% y 13% de clientes en clínicas estáticas y franquicias sociales, respectivamente (Gráfico 1).

Gráfico 1. Proporción de clientes de planificación familiar que viven con menos de \$1.25 al día, por canal de provisión de servicios

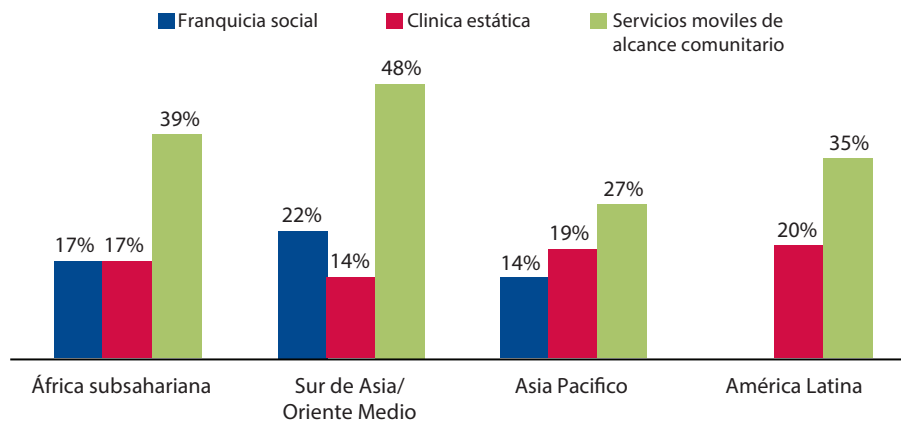
Con base en datos de monitoreo de una ONG



Fuente: Hayes et al., 2013

- **Los servicios móviles de alcance comunitario expanden las opciones anticonceptivas.** Los métodos entregados a través de servicios móviles de alcance comunitario ofrecen métodos ampliamente disponibles, incluyendo métodos de corta duración. Específicamente, estos servicios facilitan el acceso a métodos de larga duración y permanentes – poco accesibles en muchos sistemas de salud de países en desarrollo. Mientras que cerca de un cuarto de mujeres en países desarrollados depende de métodos de larga duración y permanentes para evitar embarazos no deseados, menos de un 5% de mujeres en los países en desarrollo usan estas opciones (Naciones Unidas, 2011). En el 2010, más de la mitad de métodos de larga duración y permanentes en Tanzania fueron prestados mediante servicios móviles de alcance comunitario (Jones, 2011). En Nepal, las unidades móviles coordinadas por el gobierno proveen 20% de la esterilización femenina voluntaria y más de un tercio de los procedimientos del mismo tipo en hombres (MOHP [Nepal] et al., 2012). Las estadísticas de servicio de una ONG internacional indican que los servicios móviles de alcance comunitario incrementan la oportunidad de que las clientas de planificación familiar opten por un método de larga duración o permanente, para satisfacer sus intenciones reproductivas (Gráfico 2).

Gráfico 2. Proporción de clientas que pasan de un metodo de corta duración a uno de larga duración o permanente - por canal de provisión de servicios, 2012



Fuente: Hayes et al., 2013

- **Los servicios móviles de alcance comunitario apoyan la capacitación de los proveedores para entregar métodos de larga duración y permanentes.** Las visitas de los proveedores vinculados a los programas de alcance comunitario a los centros de salud de bajos recursos ofrecen oportunidades para hacer capacitación técnica y permiten reforzar las habilidades clínicas y de consejería, las medidas de prevención de infecciones y el manejo del flujo de clientes. La experiencia de la India muestra que en zonas donde el uso de métodos de larga duración y permanentes es baja, estos programas pueden desarrollar y mantener las habilidades de los proveedores de manera más eficiente si se capacita a un grupo reducido de proveedores móviles, a cargo de cubrir áreas geográficas amplias –en vez de entrenar a un número amplio de proveedores responsable por la provisión de grupos reducidos de clientes (Bakamjian, 2008).

¿Cuál es el impacto?

Los servicios móviles de alcance comunitario pueden incrementar el uso anticonceptivo. La evidencia obtenida de una revisión de evidencia reciente sugiere que el alcance comunitario y la distribución basada en la comunidad son “alternativas efectivas y aceptables para incrementar el acceso a anticonceptivos, particularmente a inyectables y métodos de largo plazo y permanentes” (Mulligan et al., 2010). Si se hace una implementación a escala y si se fomenta la alta calidad en la provisión de servicios, las comunidades beneficiarias de estas iniciativas pueden incrementar el uso moderno de anticonceptivos.

- Un estudio en **Zimbabue** concluyó que los servicios móviles de alcance comunitario “tienen un efecto poderoso” en el uso de anticonceptivos. Una vez hecho el control de características sociales y económicas, los investigadores encontraron que la exposición a servicios móviles de alcance comunitario tiene el mismo grado de efecto sobre el uso actual y sostenido de anticonceptivos que la presencia de un hospital general en una zona. El estudio también encontró

que las unidades móviles de planificación familiar tenían el impacto más amplio entre las poblaciones pobres, puesto que servían a las mujeres con menor educación (Thomas y Maluccio, 1996).

- Los servicios móviles de alcance comunitario han jugado un rol crítico en la provisión de anticonceptivos en **Nepal**. En el 2011, el 13% de todos los usuarios de métodos modernos obtuvieron estos en clínicas móviles gubernamentales – incluyendo cerca del 20% de todas las usuarias de esterilización femenina y aproximadamente un tercio de los usuarios de esterilización masculina (MOHP [Nepal] et al., 2012).
- Entre el 2004 y el 2010, **Malawi** incrementó en 14 puntos porcentuales la prevalencia de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres casadas –pasando del 28% al 42% (NSO [Malawi] e ICF Macro, 2011). Un caso de estudio sobre la experiencia de Malawi concluyó que el programa de provisión de servicios móviles de alcance comunitario jugó un rol clave en el alcance de estos resultados (USAID/Africa Bureau et al., 2012).
- En el **norte de Uganda**, la introducción de servicios móviles en clínicas preexistentes ubicadas en zonas posconflicto llevó a un incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, pasando del 7%, en el 2007, al 23% en el 2010 –cifras que incluyeron un incremento en el uso de métodos de larga duración y permanentes, pasando del 1 al 10% (Casey, 2013).
- **Tanzania** experimentó un incremento pequeño pero sostenido en el uso de métodos anticonceptivos modernos, entre el 2004/05 y el 2010 —pasando del 20 al 27% (NBS [Tanzania] e ICF Macro, 2011). De acuerdo a los hallazgos arrojados por entrevistas con funcionarios clave, los servicios móviles de alcance comunitario contribuyeron al incremento, aunque la magnitud del efecto es desconocida (Wickstrom et al., 2013).

La relación costo-efectividad debe ser evaluada desde la etapa de diseño del programa móvil de alcance comunitario.

El costo de entregar servicios de planificación familiar a través de servicios móviles de alcance comunitario varía de acuerdo al modelo usado; al número y tipo de proveedores empleados; y a la distancia y gasto asociado de transporte que deben asumir los equipos móviles. Un análisis económico prospectivo de la provisión de servicios en Etiopía comparó la relación costo-efectividad del alcance comunitario hecho por especialistas clínicos, con la provisión de los mismos servicios mediante un sistema de referencia. Los resultados arrojados concluyeron que el alcance comunitario era 1.45 más costo-efectivo en el uso del tiempo limitado de los especialistas clínicos, que un sistema de referencia (Kifle y Nigatu, 2010). En Túnez, un estudio concluyó que aunque un cuarto del presupuesto operativo nacional de planificación familiar se destinó al apoyo de programas móviles de alcance comunitario, las unidades móviles contribuyeron a un tercio de los resultados totales del programa nacional. Más importante aún, las unidades móviles tuvieron todavía más influencia en los resultados del programa nacional en zonas rurales y jugaron un rol crítico en la expansión de la cobertura de servicios de planificación familiar (Coeytaux et al., 1989). *Es importante mencionar que la relación costo-eficiencia no puede, necesariamente, trasladarse a otros servicios de salud; y que existe poca información sobre la sustentabilidad financiera de largo plazo.*

Los servicios móviles de alcance comunitario pueden proveer atención de alta calidad. Un estudio adelantado en Nepal concluyó que los servicios de esterilización femenina prestados a través de servicios móviles de alcance comunitario y en hospitales eran comparables en términos de identificación de clientes y respecto a la calidad de la atención (Thapa y Friedman, 1998). Estudios observacionales adelantados en India encontraron que la incidencia de efectos secundarios y complicaciones para clientas que recibían DIU o esterilización a través de servicios móviles era similar a los datos publicados en la literatura (Aruldas et al., 2013).

¿Cómo hacerlo?: consejos derivados de la experiencia de implementación

La siguiente tabla describe el espectro de modelos usados para la prestación de servicios móviles de alcance comunitario. El modelo “clásico” usa un equipo de proveedores clínicos que viaja a las comunidades en una unidad móvil o que arma una clínica en establecimientos temporales –siendo este el modelo más costoso. Por otro lado, está el modelo del “proveedor dedicado”, que involucra a un único proveedor, que se enfoca en la provisión de servicios –principalmente de larga duración y permanentes- y que está ubicado en un centro de salud preexistente. Este modelo usa menos recursos.

- **Coordinar con los líderes comunitarios para identificar lugares apropiados.** La distancia para acceder a un proveedor de servicios no es siempre la principal barrera para los clientes con necesidad insatisfecha de

Tabla. Varios modelos de provisión de servicios móviles de alcance comunitario

Mayor requerimiento de recursos ← → Menor requerimiento de recursos			
	Clásico	Racionalizado	Proveedor dedicado
¿Quiénes?	• Médico. • Asistente médico/funcionario clínico para consultorio. • Personal de enfermería para consejería y atención posterior al procedimiento. • Chofer para tareas administrativas.	• Una o 2 enfermeras. • Chofer para tareas administrativas.	• Un proveedor único (médico, asistente médico, funcionario médico, enfermera o enfermera obstetra).
¿Qué?	Métodos de larga duración y permanentes, además de opciones de corta duración.	• Métodos de larga y corta duración. • Referencias para métodos permanentes.	Métodos de larga duración (y posiblemente métodos permanentes).
¿Dónde?	Los centros de salud existentes, los colegios, los edificios comunitarios, carpas o unidades móviles.	Los centros de salud existentes, colegios o edificios comunitarios; o en sitios particulares donde las mujeres tienen movilidad limitada, servicios domiciliarios.	Adscrita o uno o más centros de salud.
Acuerdos	Liderado por las ONG y servicios prestados por su personal; o coordinado por las ONG con empleados del sector público.	Liderado por las ONG y servicios prestados por su personal; o coordinado por las ONG con empleados del sector público.	Los proveedores pueden estar vinculados al centro/ser empleados –por ejemplo, a un hospital distrital, pero su función es itinerante, ofreciendo servicios en establecimientos de nivel primario/secundario o en las casas de los clientes.
Aplicación potencial	• En áreas rurales o de difícil alcance donde el tiempo de desplazamiento puede ser significativo. • Ofrece oportunidades para brindar capacitación orientada a la provisión de métodos anticonceptivos.	• Para llenar vacíos en las zonas periurbanas y urbanas. • Cuando los recursos son más limitados; si el número de médicos o funcionarios clínicos es limitado; cuando la demanda de métodos permanentes es baja.	• En los centros con alto volumen de clientela/demanda alta de planificación familiar. • Para introducir servicios de planificación familiar en servicios complementarios existentes (tales como servicios de salud materna e infantil). • Aplicación urbana o rural. • Sitios “anfitriones” o de acogida deben tener infraestructura adecuada y equipamiento médico.
Consideraciones especiales	• Es necesario contar con inventarios y equipamiento suficiente, lo cual puede requerir vehículos más grandes y reabastecimiento frecuente. • Es necesario un sistema sólido para los servicios adecuados de seguimiento, particularmente para clientes que reciben métodos de larga duración y permanentes.	• Los sitios de acogida están, por lo general, mejor equipados. Esto permite que los equipos se desplacen con menos insumos. Los equipos podrían desplazarse mediante el transporte local, motos o vehículos pequeños. • Se requieren sistemas de referencia sólidos.	• Puede ser difícil entregar servicios y desarrollar capacidades en instancias con alto volumen. • Cuando existe escasez severa de personal de salud, la ausencia de los proveedores de su puesto regular de trabajo, para servir a un programa móvil, puede representar un desafío para los centros.

planificación familiar. Los obstáculos incluyen la incapacidad para pagar el transporte o la falta de opciones anticonceptivas en el centro más cercano. Estas dificultades pueden subsanarse si los servicios móviles de alcance comunitario se despliegan de manera satisfactoria, para satisfacer la necesidad insatisfecha en áreas rurales y urbanas. La coordinación de las visitas de alcance comunitario con el gobierno local ayuda a garantizar que las sedes seleccionadas tendrán el entorno apropiado y que su personal tendrá el compromiso de destinar el espacio y acomodar otras necesidades del equipo móvil.

- **Mapa del área geográfica.** Con el fin de determinar las zonas apropiadas de intervención y hacer un plan y cronograma efectivo para las visitas del equipo móvil se sugiere hacer un mapeo de la ubicación precisa de las comunidades objetivo, dentro de un área definida para el alcance comunitario. En Somalia, los sistemas de información geográfica facilitaron la planeación logística y la entrega de servicios móviles de alcance comunitario, al dirigir a la ambulancia y enfermeras –de manera segura– hacia los campos de refugiados, en una zona afectada por desastres naturales y humanos prolongados (Shaikh, 2008). (Para mayor información sobre nuevas tecnologías, ver el documento PAI sobre salud móvil: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/comunicacion-para-la-salud/>)
- **Garantizar la limpieza, seguridad y privacidad de los puntos de provisión de servicios.** Cualquier sitio utilizado por los servicios móviles de alcance comunitario debe ser limpio y seguro; y requiere la existencia de un espacio privado para la consejería, el procedimiento y la recuperación. La carencia de espacios adecuados puede constituir una barrera significativa para la entrega efectiva de servicios de alcance comunitario.
- **Desarrollar alianzas efectivas entre el sector público y privado.** La coordinación de los servicios móviles de alcance comunitario permite que los ministerios de salud y las ONG trabajen de la mano para expandir su labor y satisfacer las metas de salud nacionales. Estas alianzas facilitan la implementación de un abordaje integral, al ampliar la cobertura en zonas donde no hay presencia de los servicios de salud y al llevar asistencia técnica a lugares con prestaciones limitadas. Aunque los servicios móviles de alcance comunitario han sido vistos, con frecuencia, como una medida temporal, a implementarse solo mientras se desarrolla la capacidad de sistemas de salud de bajos recursos; un número creciente de países están haciendo acuerdos, que posicionan las unidades móviles como parte integral del sistema de salud. La contratación formal permite que los gobiernos comisionen servicios móviles de alcance comunitario, a ser brindados –parcialmente o en su totalidad– por proveedores privados/de ONG, en colaboración con el sector público. Estas relaciones apalancan las capacidades técnicas y la flexibilidad geográfica de los proveedores privados/de ONG permitiendo, al mismo tiempo, que los ministerios de salud guíen la configuración y asignación de recursos.
- **Reclutar y apoyar el personal dedicado.** La capacitación y retención de proveedores entrenados para servicios móviles de alcance comunitario –del gobierno y a través de las ONG– son elementos críticos para el éxito de cualquier programa de este tipo. El personal puede involucrarse para trabajar medio tiempo o jornada completa o puede ofrecer servicios de alcance comunitario como parte de sus funciones regulares. Lo anterior, lleva a que los programas móviles de alcance comunitario enfrenten dificultades para la retención de personal. Los planes de trabajo del personal y la rotación de horarios debe ser revisada regularmente; y las fechas de viaje deben establecerse con anticipación, para que la llegada del equipo móvil sea predecible –tanto para los clientes como para los proveedores.

Asegurar que los clientes tienen acceso a servicios de seguimiento

- Trabajar con promotores comunitarios de salud, para que apoyen el seguimiento y referencia de complicaciones a niveles más altos del sistema.
- Usar tecnología móvil y mensajería de texto para el seguimiento.
- Usar líneas telefónicas de información para el seguimiento.
- Asegurar que los equipos itinerantes están equipados para retirar los métodos de larga duración; y asegurar la existencia de una red sólida de referencia, que pueda satisfacer esta necesidad cuando los servicios móviles no están presentes.

- **Invertir en actividades sostenidas de comunicación y concientización.** Los clientes de comunidades desatendidas carecen, por lo general, de conocimientos sobre planificación familiar y cuentan con una exposición limitada a los canales mediáticos y de comunicación (Mwaikambo, 2011). La baja densidad de población en las áreas rurales crea desafíos para la comunicación efectiva. Los clientes de áreas periurbanas y urbanas, aunque tienen mayor exposición a los medios que sus contrapartes rurales, pueden enfrentar barreras de información derivadas de las pocas oportunidades educativas y del acceso limitado a la información en salud. Por lo tanto, las acciones sostenidas de concientización vía los conductos comunitarios son esenciales para garantizar el éxito de estos servicios móviles. Los clientes de servicios móviles en comunidades reportan, con frecuencia, que escucharon por primera vez del programa a través de otras personas (amistades, familiares y clientes satisfechos), de los trabajadores comunitarios de salud; o mediante megáfonos, radio y eventos comunitarios (Eva and Ngo, 2010). (Para mayor información sobre comunicación, ver el documento PAI sobre comunicación en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/comunicacion-para-la-salud/>)
- **Vínculo de los programas de alcance comunitario con los trabajadores de salud de la comunidad y con las clínicas locales, para brindar consejería, referencias y movilización social en planificación familiar.** Los trabajadores de salud comunitarios viven, a menudo, en la zona donde ofrecen sus servicios; y, por lo general, son seleccionados por las comunidades donde operan. Como resultado, tienen redes establecidas y conocimientos locales sólidos. Los programas móviles de alcance comunitario involucran, por lo general, a los trabajadores comunitarios de salud para que colaboren en la divulgación de información sobre lugar y fecha de las visitas. Adicionalmente, los trabajadores de salud comunitarios conducen actividades para generar demanda y educar y ofrecen consejería básica en planificación familiar, días antes de la llegada del equipo móvil. Esto ayuda a generar respaldo e interés dentro de la comunidad, antes de que se presten los servicios; ofrece una oportunidad para hacer referencias directas a otras prestaciones; y vincula a los clientes con la clínica más cercana, en caso de que se presentaran eventos adversos o por si se requiriera el retiro del método.
- **Anticipar y abordar desafíos.** Los desafíos potenciales abarcan desde las dificultades de transporte y los aspectos logísticos hasta la desinformación de los clientes sobre la planificación familiar y el aseguramiento de servicios de seguimiento. Anticipar estos desafíos y hacer planes para abordarlos asegurará el éxito de los programas.

Herramientas y recursos

Expansión de opciones anticonceptivas en áreas desatendidas a través de servicios móviles de alcance comunitario: un manual para coordinadores de programas. Ofrece lineamientos generales para el diseño e implementación de servicios móviles de alcance comunitario en planificación familiar; los cuales deben ser adaptados al contexto de cada país. Este manual incluye dos herramientas anexas: 1) lineamientos mínimos para el manejo de un programa de alcance comunitario; y 2) un ejemplo de acuerdo con aliados. Disponible, en inglés, en: <https://toolkits.knowledgesuccess.org/toolkits/communitybasedfp/expanding-contraceptive-choice-underserved-through-delivery-mobile>

Para mayor información sobre Prácticas de Alto Impacto en Planificación Familiar (PAI), por favor contactar al equipo responsable en USAID: fphip@k4health.org.

Referencias

- Aruldas K, Khan ME, Ahmad J, Dixit A. Increasing choice and access to family planning services via outreach in Rajasthan, India: an evaluation of MSI India's outreach services. New Delhi: Population Council; 2013.
- Bakamjian L. Linking communities to family planning and LAPM via mobile services. Presentado en: Flexible Fund Partner's Meeting; 2008; Washington, DC.
- Casey S, McNab S, Tanton C, Odong J, Testa A, Lee-Jones L. Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys. *Global Public Health* 2013;8(3):284-297. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2012.758302>

- Coeytaux F, Donaldson D, Aloui T, Kilani T, Fourati H. An evaluation of the cost-effectiveness of mobile family planning services in Tunisia. *Studies in Family Planning* 1989;20(3):158-169.
- Eva G, Ngo TD. MSI mobile outreach services: retrospective evaluations from Ethiopia, Myanmar, Pakistan, Sierra Leone and Viet Nam. Londres: Marie Stopes International; 2010. Disponible en: http://www.mariestopes.org/sites/default/files/outreach_web.pdf
- Hayes G, Fry K, Weinberger M. Global impact report 2012: reaching the under-served. Londres: Marie Stopes International; 2013. Disponible en: <http://www.mariestopes.org/sites/default/files/Global-Impact-Report-2012-Reaching-the-Under-served.pdf>
- High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). *Prácticas de Alto Impacto en Planificación Familiar*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development; 2013. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/high-impact-practices-in-family-planning-list-2/>
- Jones B. Mobile outreach services: multi-country study and findings from Tanzania. Nueva York: The RESPOND Project/EngenderHealth; 2011. Disponible en: http://www.respond-project.org/pages/files/5_in_action/lapm-cop-mobile-services/Barbara-Jones.pdf
- Kifle Y, Nigatu T. Cost-effectiveness analysis of clinical specialist outreach as compared to referral system in Ethiopia: an economic evaluation. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2010;8:13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-7547-8-13>
- Ministry of Health and Population (MOHP) [Nepal]; New ERA; ICF International Inc. Nepal demographic and health survey 2011. Kathmandu, Nepal: MOHP; 2012. Co-published by ICF International. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR257/FR257%5B13April2012%5D.pdf>
- Mulligan J, Nahmias P, Chapman K, Patterson A, Burns M, Harvey M, et al. Improving reproductive, maternal and newborn health: reducing unintended pregnancies. Evidence overview. A working paper (version 1.0). Londres: Department for International Development (DFID); 2010. Disponible en: <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/185828/Default.aspx>
- Mwaikambo L, Speizer IS, Schurmann A, Morgan G, Fikree F. What works in family interventions: a systematic review. *Studies in Family Planning* 2011; 42(2):67-84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761067/>
- National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania]; ICF Macro. Tanzania demographic and health Survey 2010. Dar es Salaam, Tanzania: NBS; 2011. Co-published by ICF Macro. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR243/FR243%5B24June2011%5D.pdf>
- National Statistical Office (NSO) [Malawi]; ICF Macro. Malawi demographic and health survey 2010. Zomba, Malawi: NSO; 2011. Co-published by ICF Macro. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR247/FR247.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Salud en el Mundo 2006: colaboremos por la salud. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
- Shaikh MA. Nurses' use of global information systems for provision of outreach reproductive health services to internally displaced persons. *Prehosp Disaster Med* 2008;23(3):s35-8.
- Thapa S, Friedman M. Female sterilization in Nepal: a comparison of two types of service delivery. *Int Fam Plann Perspect* 1998;24(2):78-83. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2407898.pdf>
- Thomas D, Maluccio J. Fertility, contraceptive choice, and public policy in Zimbabwe. *The World Bank Economic Review* 1996;10(1):189-222. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2013/05/14/000333037_20130514125827/Rendered/PDF/771130JRN0WBER0Box0377291B00PUBLIC0.pdf
- United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World contraceptive use 2011. Nueva York: UN; 2011. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>
- USAID/Africa Bureau; USAID/Population and Reproductive Health; Ethiopia Federal Ministry of Health; Malawi Ministry of Health; Rwanda Ministry of Health. Three successful Sub-Saharan Africa family planning programs: lessons for meeting the MDGs. Washington, DC: USAID; 2012. Disponible en: <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/africa-bureau-case-study-report.pdf>
- Wickstrom J, Yanulis J, Van Lith L, Jones B. Approaches to mobile outreach services for family planning: a descriptive inquiry in Malawi, Nepal, and Tanzania. The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge, Report No. 13. Nueva York: The RESPOND Project, EngenderHealth; 2013. Disponible en: http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/research-reports/Study13-Mobile-Services-LAPM-September2013-FINAL.pdf

Cita sugerida:

High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Servicios móviles de alcance comunitario: expansión del acceso a una amplia gama de anticonceptivos modernos. Washington, DC: USAID; 2014 Mayo. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/servicios-moviles-de-alcance-comunitario/>

Agradecimientos: este documento fue redactado originalmente por Julie Solo y Shawn Malarcher. Las siguientes personas llevaron a cabo una revisión crítica del mismo y proporcionaron comentarios de utilidad: Ian Askew, Lynn Bakamjian, Regina Benevides, Salwa Bitar, Christine Bixiones, Linda Casey, Maxine Ebers, Fariyal Fikree, Alfredo Fort, Nomi Fuchs-Montgomery, Leah Sawalha Freij, Jennifer Friedman, Gwyn Hainsworth, James Harcourt, Trish MacDonald, Stembile Mugore, Hashina Begum, Mohammad Murtala Mai, Nithya Mani, Ilka Rondinelli, Jeff Spieler, Sarah Thurston, Jane Wickstrom y John Yanulis.

Esta reseña sobre las PAI cuenta con el respaldo de: Abt Associates, Chemonics, EngenderHealth, FHI 360, Futures Group, Gates Foundation, Georgetown University's Institute for Reproductive Health, International Planned Parenthood Federation, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Marie Stopes International, Pathfinder International, Plan International USA, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, United Nations Population Fund y the United States Agency for International Development.

La Organización Mundial de la Salud/Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas ha contribuido al desarrollo del contenido técnico de estos documentos, que se reconocen como una reseña de la evidencia y experiencia de campo existentes. Se espera que este documento sea usado junto a las herramientas y lineamientos de planificación familiar proporcionados por la OMS:

http://www.who.int/topics/family_planning/es/

La traducción al español realizada por IPPE.