

EDITORIAL

Atención con dignidad en situaciones de crisis humanitarias: asegurando la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones desplazadas

Monica Adhiambo Onyango,^a Shirin Heidari^b

a Profesora Asistente Clínica, Departamento de Salud Global, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Boston, MA, EE.UU. Correspondencia: moyango@bu.edu

b Directora y editora, Reproductive Health Matters, Londres, RU/Ginebra, Suiza

Cada año aumenta el número de personas afectadas por situaciones de crisis humanitarias y los contextos en los que estas se desarrollan son cada vez más complejos pues requieren de soluciones innovadoras, a la medida y bien ponderadas, así como de bases empíricas para poder diseñar programas bien informados y facilitar su implementación y práctica. En 2015, el número de personas obligadas a dejar sus hogares llegó a una cifra récord; en el plazo de dos décadas aumentó en un 75%, pasando de 37.3 millones en 1996 a 65.3 millones a fines de 2015¹. Esto significa que durante cada día del año 2015, 24 personas por minuto fueron desplazadas de sus hogares debido a persecuciones, conflictos, violencia generalizada o violaciones de derechos humanos. Todo indica que esta tendencia seguirá aumentando¹. A ello, se suman 19.2 millones de nuevos desplazados a causa de desastres naturales en 113 países².

El derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) es parte indispensable del derecho universal a la salud, el cual depende de una serie de factores que incluyen disponibilidad y acceso a servicios de calidad basados en evidencia. Mientras poblaciones enteras gozan de servicios y derechos de SSR, existen mujeres y niñas adolescentes que afrontan un sinnúmero de situaciones de vulnerabilidad. Se calcula que aproximadamente 26 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva viven en situaciones de emergencia en todo el mundo y se enfrentan con amenazas cada vez mayores para su salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), por lo cual requieren acceder a

servicios de calidad³. Si bien determinados servicios como la ayuda alimentaria, refugio, agua y saneamiento, seguridad y servicios básicos de salud son vitales en las primeras etapas de una crisis humanitaria, la provisión de servicios de salud reproductiva se ha considerado como una prioridad adicional al iniciarse una emergencia^{4,5}. Desde mediados de los años 90 se ha logrado un meritorio avance al poner a disposición servicios para atender la SDSR, luego que un informe de trascendencia histórica resaltara la carencia de una atención integral para la SSR entre las poblaciones en crisis⁶. Esta situación dio lugar a que, en 1995, se formara el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG por sus siglas en inglés), una red de organizaciones dedicadas a atender las carencias en la provisión de servicios de SSR en las comunidades afectadas por conflictos o desastres. Durante más de dos décadas, las organizaciones y las personas afiliadas a IAWG han concertado esfuerzos para promover la salud reproductiva con acciones de defensa y promoción, investigaciones, estableciendo estándares y orientando el desarrollo⁵. Con este fin, se han logrado medidas importantes, pero aún queda mucho por hacer.

En 2008, Reproductive Health Matters (HRM) dedicó un número completo de la revista al tema de conflicto y crisis, fue una publicación muy oportuna que reveló las devastadoras implicancias que tienen para mujeres y niñas los conflictos y las crisis, puso énfasis en los esfuerzos que se venían haciendo para responder a ese desafío,

e identificó las necesidades no atendidas de las poblaciones en contextos tan frágiles. Casi 10 años después, cuando hay cifras récord de personas que enfrentan crisis y desplazamientos, resulta nuevamente oportuno hacer que se preste atención a los avances logrados, se compartan las mejores prácticas y se analicen los retos que tiene la implementación de servicios en contextos de crisis y situaciones humanitarias tan prolongadas. Una evaluación global llevada a cabo entre 2012 y 2014⁵ comprobó que, aunque se han logrado considerables avances, aún quedan problemas por resolver y vacíos que colmar—ya expuestos en la edición de 2008 de nuestra revista sobre SSR— y que siguen pendientes de solución. Sobre la base de estudios previos, los artículos publicados en esta revista cubren una amplia gama de temas delicados y complejos, tales como cuidados para un aborto seguro, violencia de género, violencia sexual contra los hombres y comercio sexual entre refugiados. Asimismo, estos estudios analizan las mejoras necesarias en la capacitación y entrenamiento de los trabajadores de salud, con el objeto de perfeccionar sus prácticas y cuidados de la salud para las madres y los recién nacidos.

Progreso continuo

Después de la creación de IAWG en 1995, se comprobó la necesidad de establecer orientaciones técnicas que sirvieran de base para la implementación de servicios de SSR en el campo. En consecuencia, en 1999 se elaboró el manual con propuestas innovadoras, *Salud reproductiva para refugiados: un manual de campo interagencial* (IAFM, por sus siglas en inglés)⁷. Este manual describe los servicios de SSR que deben proveerse durante las distintas fases de una situación de crisis humanitaria. Fue revisado y publicado para ser probado en el campo, en 2010. Sin embargo, las observaciones de quienes lo implementaron, así como las de otros actores en el área de crisis humanitarias, evidenciaron la necesidad de actualizar la versión ya revisada del manual; una nueva versión será publicada en 2018. Mediante un proceso de colaboración intersectorial, las últimas versiones tenían el propósito de responder a las características de cada lugar (características en continuo cambio durante la última década) incorporando las últimas experiencias en la práctica de SSR. En este número, Foster *et al* describen el contenido de las últimas ediciones del IAFM; cabe destacar que vuelve a tratarse la prevención de embarazos no deseados y se incorporan, explícitamente, los cuidados para un aborto seguro.

Uno de los capítulos del IAFM menciona el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés), que consiste en un conjunto de servicios de SSR ofrecidos en las fases más tempranas de una emergencia. Para brindar los servicios MISP de manera eficaz, los proveedores de servicios de salud, y también otros interesados, no solo deben entender sus objetivos, sino que también deben crear un ambiente que facilite su implementación, garantizando la disponibilidad de los insumos necesarios para las actividades SSR, que pueden salvar vidas. En su artículo, Krause *et al* examinan los progresos y éxitos logrados, con esfuerzo, que han conducido a una mayor asimilación y empleo del MISP en situaciones de emergencia. Una evaluación de los primeros momentos de implementación del MISP en situaciones de crisis humanitaria aguda dio resultados dispares, lo que demuestra el poco conocimiento que se tiene del MISP, y también que hay una capacitación inadecuada en SSR entre los proveedores de servicios, además de dificultades logísticas y poca coordinación⁸. Hasta la fecha, se ha demostrado que los servicios MISP están constantemente disponibles, y que el programa ha sido debidamente asumido como el método estándar que emplean los primeros proveedores de ayuda, demostrando el éxito de la colaboración entre todos los involucrados, así como de las varias iniciativas puestas en acción para contrarrestar cualquier deficiencia.

Temas de alta prioridad

Aborto

El tema del aborto sigue teniendo una alta relevancia en cualquier contexto, y más aún en situaciones de crisis humanitarias, donde el acceso a un aborto seguro y cuidados post-aborto son mucho más apremiantes⁹. El colapso del sistema de salud en situaciones de emergencia, por ejemplo, reduce el acceso a anticonceptivos para las mujeres que desean retrasar un embarazo. Además, el acceso a un aborto seguro es aún más necesario en tales situaciones, ya que los conflictos y desplazamientos aumentan la vulnerabilidad de las mujeres en cuanto a la violencia sexual, incluyendo violaciones. Aquellas que luego tienen un embarazo no deseado quizá no pueden acceder a servicios de aborto seguro, y eso las lleva a recurrir a métodos no recomendables que tienen consecuencias muy graves para su salud¹⁰. En situaciones de crisis, el cuidado completo y cabal para abortar (aborto seguro y cuidado post-aborto) debe tener prioridad

para reducir la elevada tasa de mortalidad materna y morbilidad debidas a complicaciones causadas por sistemas no seguros de abortar. El Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) calcula que entre el 25% y 50% de las muertes de madres en campamentos de refugiados se deben a las complicaciones posteriores a un aborto sin condiciones seguras¹¹. A pesar de esta realidad, durante las actividades humanitarias de emergencia el acceso a servicios relacionados con el aborto sigue quedando desatendido, debido a su naturaleza altamente politizada así como por la actitud de los proveedores de salud y errores de interpretación de las leyes que reglamentan el aborto en cada país. McGinn *et al* (2016) tratan cuatro razones comúnmente aducidas por las ONG humanitarias cuando hay que explicar las deficiencias en los servicios relacionados con el aborto: no ven su necesidad o los consideran demasiado complicados en situaciones de crisis, o los donantes no quieren financiar abortos, o este se considera ilegal⁹. Es evidente que queda mucho por hacer para que el aborto sea accesible, para mejorar la salud de las mujeres y salvar sus vidas.

En este número de RHM hay tres estudios que se centran en la administración de cuidados de aborto en situaciones de crisis humanitaria. Radhakrishnan *et al* tratan sobre temas jurídicos y las barreras políticas a los cuidados del aborto. Ellos argumentan que los servicios de aborto están dentro del ámbito de la protección garantizada por las leyes internacionales de protección humanitaria y de los derechos humanos y, por lo tanto, piden que los cuidados de aborto seguro se provean dentro de la categoría de cuidados humanitarios protegidos y no discriminatorios en situaciones de crisis humanitaria. A pesar de que existen necesidades no cubiertas para los cuidados de aborto y después del aborto en situaciones de crisis humanitarias, Chukwumalu *et al* señalan que se puede proveer servicios post-aborto (PAC, por sus siglas en inglés) en contextos de inestabilidad política y de cultura conservadora, como en Puntland, Somalia. Los autores aseguran que, a pesar de que el aborto y los métodos modernos de anticoncepción son temas delicados y estigmatizados, hay modos de presentarlos que pueden facilitar su aceptación. Para concluir, Tousaw *et al* ofrecen algunas ideas respecto a la posibilidad de trabajar, inclusive dentro de marcos jurídicos muy rígidos, para extender el acceso a servicios y cuidados para el aborto entre la población desplazada de Chiang Mai, Tailandia. Los autores describen en-

trevistas con mujeres que recurren al Programa de Derivación para un Aborto Seguro (SARP, por sus siglas en inglés) en Tailandia, concebido para reducir las barreras que dificultan el acceso a cuidados seguros y dentro de la ley. Las experiencias positivas expresadas por las mujeres inmigrantes procedentes de Birmania demuestran que este tipo de programas, que derivan a las mujeres a lugares donde puedan abortar de manera segura y legal, son factibles de tener éxito en situaciones donde hay una población numerosa de personas inmigrantes y desplazadas. Las mujeres, sobre todo, aprecian la actitud amable y comprensiva del personal del programa, el acompañamiento a los lugares de tratamiento, la asistencia lingüística, la seguridad de los servicios y la total gratuidad de los mismos.

Violencia de género

La violencia sexual, como forma de violencia de género (VG), ha estado presente a lo largo de la historia y siempre ha sido asociada con la guerra; además está bien documentada en situaciones recientes de crisis humanitarias. Algunos informes anteriores denuncian violaciones en masa y asesinato de mujeres durante la guerra de liberación de Bangladesh en 1971. Durante la década de 1990, el mundo tuvo que contemplar los horrores de la violación sistemática de mujeres en la región de los Balcanes, así como durante el genocidio de Ruanda. Los abusos sexuales que tienen lugar hoy en día en la República Democrática del Congo y en Siria son otros ejemplos⁽¹²⁻¹⁵⁾. Las sobrevivientes de violencia sexual viven situaciones nefastas, tanto físicas como psicológicas y sociales, que pueden durar toda su vida. Un artículo de Robbers y Morgan sobre la prevención y respuesta a la violencia sexual contra las mujeres refugiadas demuestra que cuando se hace énfasis en programas que comprometen y educan a las comunidades, se llega a descubrir las causas subyacentes de la violencia sexual y de género. El mismo artículo sugiere que si toda la comunidad participa en el diseño y práctica de las intervenciones contra estos tipos de violencia, logran identificar normas de género perjudiciales a las que pueden enfrentar mediante la educación y la divulgación. Asimismo, facilitan una fuerte cooperación entre todos los interesados, lo que permite aprovechar al máximo los recursos, ya bastante limitados. Cabe señalar que son todavía muy pocos los logros en los programas contra la violencia sexual. Ello, unido a

lo delicado del tema, podría estar contribuyendo a que haya poca evidencia de éxito. Stark y Ager (2011)¹⁶ han lamentado la falta de métodos bien fundados para cuantificar la magnitud de casos de violencia de género en situaciones de crisis. Un reciente estudio integral demostró que hay una serie de actividades para prevenir la violencia sexual, recomendadas por la comunidad global de agencias humanitarias, y que se están aplicando actualmente en muchas situaciones. Sin embargo, la eficacia de estos programas y estrategias es muy limitada todavía, sobre todo en las poblaciones de refugiados¹⁷.

Aunque, Robbers y Morgan concentraron su trabajo exclusivamente en la violencia sexual contra mujeres, es necesario mencionar que la violencia sexual también existe contra hombres en zonas de conflicto. Aunque las mujeres sufren violencia sexual en cantidades desproporcionadamente superiores, sobre todo en situaciones de conflicto, los hombres que sobreviven a la violencia sexual tienen un acceso mucho más limitado a programas de salud reproductiva, y generalmente no son tomados en cuenta en los discursos sobre violencia de género. Además, las organizaciones humanitarias que ofrecen SSR no tienen, en general, la preparación para tratar complicaciones físicas y psicológicas que sufren los hombres víctimas de violencia sexual¹⁸. En este número, los comentarios de Chynoweth *et al* se refieren a la violencia sexual contra hombres, en situaciones de conflicto y desplazamiento forzado, y ofrecen algunas sugerencias para mejorar servicios y cuidar también de este grupo de personas, que casi siempre es dejado de lado.

Otro segmento de la población particularmente vulnerable a la violencia de género en situaciones de crisis es aquella que se dedica al comercio sexual. Este fenómeno entre refugiados, que incluye hombres y mujeres adultos y menores no acompañados de ambos sexos, requiere una atención urgente de parte de las organizaciones humanitarias. En tales situaciones, los refugiados involucrados en el trabajo sexual son, en su mayor parte, invisibles y mucho más vulnerables a la violencia, sobre todo si el comercio sexual es ilegal en el país anfitrión. Hay situaciones anecdóticas sobre este tipo de comercio en muchos campos de refugiados, desde los rohingya, refugiados en Bangladesh, hasta aquellos de las calles de Atenas. El sexo para sobrevivir y la explotación sexual, son causados, entre otras cosas, porque no hay acceso suficiente a lo más elemental: alimento y agua^{19,20}. Rosenberg y Bakome-

za han hecho hincapié en la necesidad de elaborar programas para tratar el comercio sexual entre refugiados. Al presentar los resultados de un proyecto piloto en Uganda, demostraron que se pueden adoptar algunas medidas basadas en la defensa de derechos y sobre las evidencias ofrecidas por esos trabajadores del sexo dentro de situaciones de crisis humanitaria. Además, las conclusiones de su estudio demuestran que, cuando se adopta un enfoque de interés comunitario, los refugiados tienen acceso a información, servicios y posibilidades de apoyo: desde cómo emplear los anticonceptivos, hasta dónde hacerse análisis de VIH y recibir tratamiento, y hasta apoyo de parte de quienes han pasado por el mismo trance. Y también pueden recurrir a las redes de apoyo y asistencia establecidos por los sobrevivientes.

Cuidados maternos y neonatales

El UNFPA considera que la tasa de mortalidad materna en situaciones de crisis humanitaria es casi el doble de la tasa global (417 fallecidos por cada 100.000 nacidos vivos en situaciones de crisis, comparados con 216 por cada 100.000 nacidos vivos a nivel global). Los países en situación de crisis suman el 61% del total de muertes maternas en todo el mundo²¹. Durante las últimas dos décadas, la salud materna y neonatal ha visto un progreso relativo dada la integración de esta disciplina dentro de los servicios primarios de salud de emergencias humanitarias. La salud materna e infantil también ha provocado muchas solicitudes de financiación: 56% de los componentes de la salud reproductiva, en todas las solicitudes de financiación realizadas desde 2009 hasta 2013, y ha sido el campo que más fondos ha recibido²¹. Pero la provisión de cuidados maternos y neonatales sigue siendo difícil por falta de personal calificado, capacitación y supervisión de apoyo. Hynes *et al* han publicado un trabajo sobre cómo mejorar los cuidados maternos y neonatales en Kivu del Norte, República Democrática del Congo. Bajo un enfoque experimental y casi longitudinal, quisieron averiguar si un tratamiento específico y mejorado podría servir en una situación de conflicto prolongado para facilitar cuidados a la madre y al recién nacido. Los autores pudieron comprobar que hubo mejoras en la gestión activa de la tercera fase del parto (AMTSL, por sus siglas en inglés) y en el cuidado esencial del recién nacido (ENC, por sus siglas en inglés), después de impartirse capacitación a los proveedores de servicios de salud.

Fortalecimiento de capacidades

Además, en este número hay tres artículos que tratan del fortalecimiento de capacidades de los proveedores de salud para mejorar el cuidado de las madres y los recién nacidos. Sami *et al* hacen referencia a la capacitación con el objeto de cambiar mentalidades e incrementar conocimientos respecto a prácticas de cuidados neonatales basados en evidencia en los centros de salud y en las comunidades de Sudán del Sur. Han demostrado que se puede impartir esa capacitación en situaciones de conflicto y posconflicto, y que dicha capacitación puede incrementar los conocimientos de los trabajadores comunitarios de salud en cuanto a cuidados neonatales. Tran *et al* también han estudiado una estrategia de Actualización de Prácticas Clínicas sobre Salud Sexual y Reproductiva (S-CORT, por sus siglas en inglés) que puede implementarse en un primer momento de la respuesta a una situación de crisis humanitaria. Está dirigido a los proveedores de servicios de salud que operan en situaciones de crisis aguda y necesitan actualizar rápidamente sus conocimientos y habilidades. Los autores llevaron a cabo entrevistas con los participantes en un taller de capacitación sobre cómo tratar clínicamente a sobrevivientes de violencia sexual y de género y de capacitación sobre aspiración endouterina, y solicitaron sus opiniones respecto al programa S-CORT. Los participantes consideraron que este programa tiene un enfoque respetuoso de los derechos humanos y de los principios de calidad en la atención. Aunque por el momento no se puede llegar a conclusiones, el S-CORT es un modelo que promete mucho para un futuro sistema de capacitación durante fases agudas de crisis humanitaria. Yalawah *et al* exploraron la posibilidad de ofrecer educación en salud reproductiva a médicos, enfermeras y obstetras en educación basada en evidencias.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos

La protección de los derechos humanos de las poblaciones desplazadas por crisis humanitarias, especialmente los de las mujeres y niños, son parte integral de cualquier tipo de respuesta humanitaria. Hay un estudio específico en este número que pone en relieve la falta de interés de parte de las instituciones cuando se trata de reconocer, respetar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas como derechos fundamentales. En su estudio, Laporta señala específicamente el acuerdo entre la Unión Europea y

Turquía, de marzo de 2016, en el que los temas centrales son seguridad, economía y cuestiones políticas, pero que violan los derechos humanos de los refugiados, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Dicho acuerdo pone en relieve la incapacidad de las instituciones de los países europeos y de la Comisión Europea cuando se trata de cumplir con la defensa de los derechos humanos de los refugiados, como se ha visto durante el reciente y dramático éxodo; seres humanos cruzando el Mediterráneo para llegar a Europa en busca de refugio¹. En este estudio, Laporta informa sobre el proceso y resultados de una queja planteada por la organización *Women's Link Worldwide* ante la Defensora del Pueblo Europeo, para exigirle que las instituciones que deben proteger a mujeres y niños cumplan con sus responsabilidades.

Desastres naturales

Otra de las notables deficiencias identificadas por esta revista ha sido el limitado número de informes sobre cómo se han atendido situaciones de desastres naturales. La única, pero importante contribución en este sentido es la de Chaudhary *et al*, quienes mencionan la integración de servicios de salud sexual y reproductiva en la respuesta humanitaria después del terremoto de 2015 en Nepal. Ese movimiento telúrico fue tan devastador que dejó 1.4 millones de mujeres y niñas adolescentes en necesidad de ayuda humanitaria. Los autores describen la reacción del Ministerio de Salud de Nepal, con el apoyo de agencias de la ONU y muchas otras organizaciones, y proponen diez recomendaciones que habría que considerar para estar preparados en el futuro. Ponen énfasis en dar prioridad a las necesidades de SSR en la situación posconflicto de Mogadishu, Somalia. En el momento de realizar su estudio, la educación sobre temas de reproducción dejaba mucho que desear. Los autores sugieren implementar algunas estrategias creativas, tales como involucrar a todos los interesados en ampliar y profundizar sus conocimientos en planes de salud y en los planes de preparación ante desastres, además de establecer un sistema de turnos de trabajo entre los proveedores de salud ya capacitados en SSR, para que actúen en casos de emergencia.

Se necesita más investigación

Tal como se indicó anteriormente, este número de la revista aborda una serie de temas y situaciones

distintas a nivel internacional, y añade muchas observaciones al cúmulo de pruebas que deben orientar la práctica. Pero aun cuando el sector se ha extendido y hay programas que tocan algunos temas muy delicados, no solo se requiere una investigación más incisiva, sino que dicha investigación es urgente para poder acopiar más evidencias sobre cómo ofrecer servicios que pueden salvar vidas en el campo de la salud sexual y reproductiva y los servicios que deben ofrecerse en contextos tan especiales. Más importante aún, tanto los proveedores de servicios humanitarios, como los académicos y donantes, deben identificar las barreras políticas y legales que menoscaban los derechos sexuales y reproductivos de esas poblaciones, y deben luchar juntos para eliminar los obstáculos contra los derechos humanos fundamentales. Es absolutamente necesario encontrar los mejores métodos de cubrir la escasez de investigación sobre esas situaciones. Aunque hay muchos estudios que emplean una serie de métodos mixtos y descriptivos, utilizando sistemas casi experimentales, y haciendo evaluaciones de impacto que son muy útiles y muy necesarias, las limitaciones de esos métodos los hace difíciles de replicar en contextos más amplios. Huelga decir que la investigación en situaciones de crisis humanitarias está plagada de obstáculos tales como la inestabilidad y la inseguridad, las prioridades que compiten entre sí y la falta de financiación. De todos modos, es necesario dejar en claro que

sin datos concretos será difícil actualizar y acelerar cualquier esfuerzo para responder a situaciones de crisis y SSR.

RHM reitera su compromiso de abrir un espacio para publicar futuras evidencias en este campo, a medida que vayan surgiendo, e invoca el envío constante de artículos sobre el tema.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento más sincero al Comité de Redacción de este número, que nos ha apoyado durante todo el proceso: el Comité está formado por Ian Askew, Hyam Bashour, Karl Blanchet, Sarah Chynoweth, Sandra Krause, Therese McGinn and Anthony Zwi. También estamos sumamente agradecidos a todos los que han revisado los artículos, por sus comentarios constructivos y bien informados. Especial reconocimiento al grupo editorial de RHM, a Sarah Pugh por coordinar y dirigir el proceso editorial de este número. A Pathika Martin, por su apoyo invaluable durante todo el proceso y, en particular, por la corrección de textos, coordinar la edición y la fase de producción. Y gracias también a Maria Halkias por su apoyo en el diseño de cubierta, promoción y publicidad, antes del lanzamiento de este número y durante su publicación. Finalmente, queremos agradecer el generoso apoyo financiero del Gobierno de los Países Bajos para la publicación de este número.



UNFPA NEPAL

Centro temporal de atención prenatal y de partos después del terremoto de 2015 en Nepal

Referencias

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global trends forced displacement in 2015. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR); 2016. Read: Section I – Introduction; Section II – Refugee Population. Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>
2. Internal Displacement Monitoring Center. Global report on internal 2016 displacement. 2016. <http://www.internaldisplacement.org/assets/publications/2016/2016-globalreport-internal-displacement-IDMC.pdf>
3. UNFPA. UNFPA state of the world population 2015. Chapters 1 & 2; 2015. p. 15–57. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_EN.pdf
4. Austin J, Guy S, Lee-Jones L, et al. Reproductive health: A right for refugees and internally displaced persons. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31):10–21. Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808008313512#>
5. Chynoweth, SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda : the 2012–2014 global review. *Confl Health*. 2015;9(Suppl. 1):11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-11. Available from: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-9-S1-11>
6. Wulf D. 1994 Refugee women and reproductive health care: reassessing priorities: results of year-long study of availability and feasibility of reproductive health services for refugee women in eight countries. Women's Refugee Commission. Available from: file:///C:/Users/monic/Downloads/Reassessing_Priorities_1994_BW_scan.pdf
7. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in crises: reproductive health for refugees: An inter-agency field manual. Geneva; 1999.
8. Onyango MA, Hixson BL, McNally S. Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health during emergencies: time for a new paradigm? *Glob Public Health*. 2013;8:342–356. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394618>. DOI:10.1080/17441692.2013.765024
9. UNFPA. State of the world population 1999. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp_1999_eng.pdf
10. McGinn T. Reproductive health of war-affected populations: what do we know? *Int Fam Plan Perspect*. 2000;26:174–180.
11. McGinn T, Casey, S. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Confl Health*. 2016;10:8. doi:10.1186/s13031-016-0075-8
12. D'Costa B, Hossain S. Redress for sexual violence before the international crimes tribunal in Bangladesh: lessons from history, and hopes for the future. *Crim Law Forum*. 2010;21:331–359.
13. Sharlach L. Rape as genocide: Bangladesh, the Former Yugoslavia, and Rwanda. *New Polit Sci*. 2000;22:89–102.
14. Hossain M, Zimmerman C, Watts C. Preventing violence against women and girls in conflict. *Lancet*. 2014;383(9934):2021–2022.
15. Olujić MB. Embodiment of terror: gendered violence in peacetime and wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina. *Med Anthropol Q*. 1998;12(1):31–50. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1998.12.1.31/pdf>
16. Stark L, Ager A. A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. *Trauma Violence Abuse*. 2011;12(3):127–134. doi:10.1177/1524838011404252
17. Tappis H, Freeman J, Glass N, et al. Effectiveness of interventions, programs and strategies for gender-based violence prevention in refugee populations: an integrative review. *PLoS Curr Disasters*. 2016. doi:10.1371/currents.dis.3a465b66f932767d61eb8120eaa5499
18. Onyango MA, Hampanda K. Social constructions of masculinity and male survivors of wartime sexual violence: an analytical review. *Int J Sex Health*. 2011;23:237–247.
19. Gliniski S. Clandestine sex industry booms in Rohingya refugee camps. [updated 2017 Oct 23; cited 2017 Nov 23]. Available from: <https://www.reuters.com/article/usbangladesh-rohingya-sexworkers/ clandestine-sex-industry-booms-in-rohingya-refugee-camps-idUSKBN1CS2WF>
20. Damon A, Arvanitidis B, Nagel C. The teenage refugees selling sex on Athens streets. CNN. [updated 2017 Mar 14; cited 2017 Nov 23]. Available from: <http://www.cnn.com/2016/11/29/europe/refugees-prostitution-teenagers-athens-greece/index.html>
21. UNFPA. Maternal mortality in humanitarian crises and in Fragile settings. November UNFPA 2015. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MMR_in_humanitarian_settings-final4_0.pdf
22. Tanabe M, Schaus K, Tastogi S, et al. Tracking humanitarian funding for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002–2013. *Confl Health*. 2015;9(Suppl. 1):S2.