



MI CUERPO, MI VIDA, MI MUNDO
ESTRATEGIA GLOBAL DEL UNFPA
PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES



**PROMOCIÓN Y
PRESTACIÓN DE
SERVICIOS DE SDSR
PARA ADOLESCENTES:
¿QUÉ FUNCIONA?
RESUMEN DE LAS
EVIDENCIAS**

CONSIDERACIONES GENERALES

RENDIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO

✗ Usar la formación específica en servicio como único medio para mejorar el rendimiento del personal

✓ Aplicar la formación como parte de un paquete de intervenciones basadas en evidencias

POR QUÉ: La formación por sí sola no es suficiente para lograr mejoras sostenidas en el rendimiento de los trabajadores sanitarios. Sin embargo, en muchos casos la formación, a menudo una formación específica que generalmente utiliza métodos didácticos, es el único enfoque de mejora del rendimiento que se utiliza. Los enfoques integrales que combinan la formación interactiva y participativa, las ayudas en el trabajo, la supervisión de apoyo y el aprendizaje colaborativo son más efectivos que los enfoques parciales a la hora de desarrollar competencias, actitudes positivas y motivación y, por tanto, mejorar el rendimiento. Esto es igualmente relevante para docentes y facilitadores que imparten EIS.

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

✗ Solicitar la coordinación intersectorial y esperar que se produzca por sí sola.

✓ Implantar mecanismos adaptados al contexto local para hacer posible la coordinación intersectorial

POR QUÉ: Cuando existe un alto nivel de atención y escrutinio, se produce una fuerte coordinación intersectorial, por ejemplo, con el ébola en Liberia y la vacunación contra la polio en la India. Al margen de este contexto, la coordinación y colaboración intersectoriales sólidas continúan siendo una aspiración que, la mayoría de las veces, no se cumple. Los gestores y trabajadores del sector a nivel nacional o subnacional no ven en la colaboración beneficio alguno para los objetivos de su sector, y consideran que tienen poco que perder si no colaboran. El resultado es una colaboración simbólica, en la que los sectores se limitan a hacer lo justo para obtener algo de lo cual informar, en el improbable caso de que se les solicite.

ÁREA TEMÁTICA

CENTROS JUVENILES

QUÉ NO HACER

- ✗ Apoyarse en los centros juveniles para facilitar el acceso de adolescentes y jóvenes a la anticoncepción y otros servicios de SSR.

QUÉ HACER

- ✓ En su lugar, aplique formas más efectivas de proveer a las personas adolescentes y jóvenes de anticonceptivos y otros servicios sanitarios que requieran. Cada vez es más frecuente la petición de incluir elementos de servicios sanitarios adaptados a la adolescencia en los servicios sanitarios existentes.

POR QUÉ: Los centros juveniles no son una vía efectiva para aumentar el acceso a los anticonceptivos y otros servicios de SSR. Tampoco son una vía rentable de proporcionar información y educación. Los estudios han demostrado que la mayoría de las personas jóvenes que utilizaban los centros lo hacían con fines recreativos y con poca frecuencia accedían a los servicios sanitarios de las instalaciones.

EDUCACIÓN ENTRE PARES

- ✗ Confiar únicamente en la educación entre pares para promover cambios de comportamiento, incluido un mayor uso de los servicios de SSR

- ✓ Usar la educación entre pares en combinación con otros enfoques efectivos, como parte de un paquete de acciones para proporcionar información, desarrollar actitudes positivas y promover cambios de conducta, incluido el uso de los servicios.

POR QUÉ: Una revisión de revisiones ilustra que la educación entre pares ha demostrado contribuir en mayor medida a mejorar los conocimientos que las actitudes y los comportamientos (es decir, mejora los conocimientos en 6 de cada 10 iniciativas, mejora las actitudes en algo más de 5 de cada 10 iniciativas y promueve comportamientos más saludables en algo menos de 4 de cada 10 iniciativas).

IMPLEMENTACIÓN DEL CONJUNTO ESENCIAL DE SERVICIOS DE SDSR PARA ADOLESCENTES

PRESTAR SERVICIOS EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD

✗ Centrarse sólo en la EIS escolar o extraescolar

✓ Centrarse en la EIS escolar y extraescolar, y crear sinergias entre ambas.

POR QUÉ: En numerosos países, gran cantidad de jóvenes de primer y segundo ciclo de secundaria no están escolarizados. En las comunidades marginadas, es probable que las tasas de quienes no están escolarizados sean superiores a la media nacional. Incluso quienes pertenecen a estos grupos podrían beneficiarse de una educación extraescolar complementaria en casa, en entornos comunitarios, por ejemplo, en el contexto de los Grupos Scouts.

✗ Limitar la EIS para adolescentes de mayor edad

✓ Comenzar los programas de EIS al final de la infancia/principios de la adolescencia, procurando seguir las orientaciones de la ITGSE y la EIS apropiada para la edad y el desarrollo.

POR QUÉ: Niñas y niños de mayor edad y adolescentes son biológicamente capaces de comprender y aprender conceptos importantes a una edad temprana. La formación de actitudes y normas es progresiva y es importante iniciarla lo antes posible. Un buen ejemplo de ello son las actitudes y normas de género, que se forman a una edad temprana.

PRESTAR ASESORAMIENTO Y SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS

✗ Limitar la provisión de anticonceptivos únicamente a preservativos y píldoras anticonceptivas.

✓ Proveer toda la gama de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia

POR QUÉ: No existen razones médicas para negar el suministro de cualquier método anticonceptivo a personas adolescentes.

 **QUÉ NO HACER**

- ✗ Tratar a las personas adolescentes como un grupo homogéneo.

- ✗ Asumir que cuando los anticonceptivos estén disponibles, toda persona adolescente sexualmente activa los utilizará.

 **QUÉ HACER**

- ✓ Comprender y responder a las necesidades diferentes y cambiantes de los distintos grupos de adolescentes

POR QUÉ: Las personas adolescentes son un grupo diverso, en diferentes etapas de desarrollo y en diferentes circunstancias de vida. Hay adolescentes que (todavía) no son sexualmente activos. Otros tienen relaciones sexuales dentro o fuera de relaciones estables. Sus circunstancias de vida y su comportamiento sexual cambian y evolucionan.

- ✓ Comprender las creencias, actitudes y circunstancias de sus clientes adolescentes. ¿Desean tener una hija/hijo o se encuentran bajo presión social para tenerla/lo? ¿Tienen miedos o preocupaciones sobre los anticonceptivos?

¿Son capaces de dialogar con sus parejas y otras personas influyentes en sus vidas sobre el retraso y el espaciamiento de los embarazos y el uso de anticonceptivos? En función de lo que entienda, facilíteles la información, el asesoramiento y el apoyo que necesiten. Ayúdeles también a ver los anticonceptivos no sólo como un medio de prevención del embarazo, sino como un medio para alcanzar sus objetivos vitales.

POR QUÉ: Un gran número de personas adolescentes sexualmente activas no desean evitar, retrasar o espaciar un embarazo. Otras desean hacerlo pero no quieren utilizar anticonceptivos por miedo a los efectos adversos. Otras desean utilizar anticonceptivos pero no tienen el poder o la capacidad de negociarlo con sus parejas u otros miembros influyentes de la familia.

 **QUÉ NO HACER**

- ✗ Asumir que una vez que una persona adolescente empieza a utilizar anticonceptivos, continuará haciéndolo.

 **QUÉ HACER**

- ✓ Manténgase en contacto regular y facilítele apoyo psicológico continuado cuando lo necesiten.

POR QUÉ: Las personas adolescentes tienen mayor probabilidad que las adultas de interrumpir el uso de anticonceptivos debido a los efectos adversos, al temor renovado de no poder concebir después de dejar de utilizarlos o porque no pueden obtenerlos. También pueden hacerlo porque desean concebir.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

- ✗ Asumir que los trabajadores sanitarios son plenamente conscientes de las leyes y políticas vigentes sobre las circunstancias en las que pueden prestar servicios de aborto para adolescentes.

- ✓ Informar a los trabajadores sanitarios sobre las circunstancias en las que están autorizados a prestar servicios de aborto seguro, en el contexto de las leyes y políticas de su país.

POR QUÉ: En un gran número de lugares, el personal sanitario desconoce por completo las circunstancias en las que se puede prestar asistencia para el aborto. En efecto, a menudo suponen que las leyes son más restrictivas de lo que realmente son. Además, muchos se sienten incómodos a la hora de proporcionar a las adolescentes asistencia para un aborto seguro.

- ✗ Asumir que las personas adolescentes conocen los servicios de aborto a los que tienen derecho y que pueden acceder a ellos.

- ✓ Informar activamente a las personas adolescentes de los servicios de aborto seguro a los que legalmente tienen derecho y de cómo acceder a ellos. Además, trabajar para superar el estigma social, las restricciones financieras, los prejuicios del personal sanitario y los sistemas sanitarios hostiles a los que se enfrentan para obtener los servicios que necesitan.

POR QUÉ: En un gran número de lugares, las personas adolescentes no son conscientes de su derecho a los servicios de aborto, de acuerdo con la ley. Además, incluso cuando no hay restricciones legales, -en numerosos lugares- se enfrentan a obstáculos sociales y económicos para obtener la atención a la que tienen derecho.

ÁREA TEMÁTICA

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERNA

❌ QUÉ NO HACER

- ❌ Asumir que todas las adolescentes embarazadas - podrán y estarán dispuestas a - buscar y obtener servicios de salud materna.
- ❌ Asumir que los trabajadores sanitarios con conocimientos y experiencia en la prestación de servicios de salud materna, prestan una atención de igual calidad a las personas adolescentes que a las adultas.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS ITS Y EL VIH

- ❌ Asumir que las personas adolescentes buscarán y obtendrán servicios de pruebas y atención para ITS y VIH.
- ❌ Asumir que las personas adolescentes que están en tratamiento con medicación antirretroviral continuarán cumpliendo con su medicación, por sí solas.

✅ QUÉ HACER

- ✅ Diríjase a ellas y a los miembros influyentes de sus familias, en los centros sanitarios, en los entornos comunitarios y en sus hogares para animarles a buscar atención oportuna.

POR QUÉ: En un gran número de lugares, las adolescentes inician tardíamente la atención prenatal y acuden a pocas visitas en los centros de salud durante el embarazo. Esto puede ser particularmente cierto entre quienes no están casadas/en unión libre, y quienes no pueden permitirse pagar los servicios/llegar a ellos.

- ✅ Formarles y apoyarles para que sean especialmente sensibles con sus pacientes adolescentes.

POR QUÉ: En un gran número de lugares, las adolescentes embarazadas reciben menos componentes de atención que las mujeres adultas. También tienen más probabilidades de sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto.

- ✅ Prestar servicios de pruebas y atención para ITS y VIH de forma que se resguarde la intimidad y la confidencialidad. Comunique activamente que su servicio garantiza la privacidad y la confidencialidad a las comunidades a las que desea llegar/atender.

POR QUÉ: En comparación con las personas adultas, las adolescentes utilizan menos los servicios de detección y atención de ITS y VIH.

- ✅ Monitorearles cuidadosamente y proporcionarles apoyo para que permanezcan tomando su medicación, incluso si se enfrentan a dificultades como, por ejemplo, efectos secundarios.

POR QUÉ: Las personas adolescentes tienen menos probabilidades de seguir el tratamiento antirretroviral que las adultas. El respaldo continuo de adultos que se preocupen por las personas adolescentes y el apoyo de sus pares puede contribuir a que continúen tomando la medicación y a que se sientan bien con ellas mismas.

ÁREA TEMÁTICA

PREVENCIÓN DEL MATRIMONIO INFANTIL

QUÉ NO HACER

- ✗ Aplicar un enfoque único

QUÉ HACER

- ✓ Dedicar tiempo y esfuerzo para conocer los factores que impulsan el matrimonio infantil en cada contexto y utilizar un conjunto de intervenciones adaptadas al contexto local.

POR QUÉ: Aunque la discriminación de género es un factor determinante del matrimonio infantil, los factores que lo propician varían de un lugar a otro. Entre ellos se encuentran la pobreza, las escasas oportunidades de estudio y trabajo, las normas sociales y culturales restrictivas y la inseguridad derivada de guerras o conflictos civiles. La combinación de estos y otros factores deberá determinar el conjunto de medidas que se apliquen en cada contexto.

PROMOVER LA SALUD MENSTRUAL Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN Y PRODUCTOS SOBRE SALUD MENSTRUAL

- ✗ Centrarse únicamente en el suministro de productos menstruales
- ✗ Centrarse sólo en las niñas y mujeres jóvenes, dejando de lado a los niños y hombres jóvenes.

- ✓ Contribuir a los esfuerzos para que las adolescentes (i) crezcan en un contexto en el que la menstruación se considere saludable y normal, (ii) reciban una buena educación sobre la menstruación, (iii) cuenten con acceso a una gama de productos sanitarios para la menstruación que sean de calidad y asequibles/gratuitos, (iv) dispongan de agua, jabón, instalaciones sanitarias adecuadas para la menstruación e instalaciones de eliminación de desechos respetuosas con el medio ambiente, (v) reciban empatía y apoyo durante sus periodos menstruales, y puedan acudir a un profesional sanitario competente y atento cuando presenten problemas de salud menstrual.

POR QUÉ: Los enfoques fragmentarios y los que se centran únicamente en el suministro de productos menstruales ignoran otras necesidades apremiantes de las niñas y las jóvenes, y de otras personas que menstrúan.

ÁREA TEMÁTICA

ATENCIÓN A LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

❌ QUÉ NO HACER

- ❌ Asumir que los proveedores de atención sanitaria evaluarán y sabrán cómo tratar las complicaciones de la MGF.

✅ QUÉ HACER

- ✅ Preguntar de forma rutinaria sobre el estado de la MGF y las posibles complicaciones, utilizando habilidades de comunicación efectivas.
- ✅ Garantizar que el personal sanitario disponga de conocimientos, habilidades y herramientas (ayudas clínicas y procedimientos operativos estandarizados) para el tratamiento clínico de las complicaciones de la MGF.

POR QUÉ: Para evitar estigmatizar a las mujeres que han sufrido MGF y promover un enfoque de la atención centrado en la mujer, los profesionales sanitarios deben estar bien informados sobre MGF y comunicarse con sensibilidad para ser capaces de apoyar a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su atención. A menudo, el personal sanitario no ha recibido formación sobre prevención y atención de la MGF.

PREVENCIÓN DE LA MGF

- ❌ Ignorar el rol de los trabajadores sanitarios en la prevención de la MGF.

- ✅ Proporcionar una comunicación centrada en la persona para la prevención de la MGF utilizando el "enfoque ABCD" Evaluar (Assess), abordar las Creencias (address Beliefs), Comunicar para el cambio (Communicate for change) y Discutir y decidir (Discuss and decide).

POR QUÉ: El sector sanitario puede desempeñar un rol importante como parte de los esfuerzos multisectoriales para prevenir la MGF. Los trabajadores sanitarios pueden ser líderes de opinión que lleguen a las poblaciones de riesgo y afectadas. La comunicación centrada en la persona para la prevención de la MGF mediante el "enfoque ABCD" ha demostrado su efectividad para cambiar los conocimientos y actitudes de las mujeres que acuden a la atención prenatal en entornos donde prevalece la MGF en tres países.

ÁREA TEMÁTICA

PRESTAR ATENCIÓN Y APOYO A LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

QUÉ NO HACER

- ✗ Utilizar la detección universal para identificar a las niñas que sufren Violencia de Género (VG) o simplemente identificarlas y derivarlas a otros servicios.
- ✗ Insistir en la participación de madres, padres o cuidadores, especialmente en contra de los deseos del adolescente, a menos que su seguridad o su vida estén en peligro.
- ✗ Disponer sólo de servicios independientes de asistencia a la VG.

QUÉ HACER

- ✓ Basándose en los signos y síntomas, formar y apoyar a los trabajadores sanitarios para que presten un apoyo de primera línea centrado en el sobreviviente y que implique Escuchar con empatía (Listening with empathy), Indagar sobre sus necesidades y preocupaciones (Inquiring about their needs and concerns), Validar (Validating), Aumentar su seguridad (Enhancing their safety) y facilitar Apoyo (Support) (es decir, utilizando el enfoque LIVES).
- ✓ Implicar a madres, padres o cuidadores sólo cuando se cuente con la voluntad o el consentimiento expreso del adolescente o cuando su seguridad o su vida estén en peligro.
- ✓ Integrar los servicios para la VG en los programas existentes de atención primaria de salud, incluidos los servicios específicos para adolescentes y los servicios de SSR y VIH dirigidos a las personas adolescentes.

POR QUÉ: La OMS ha elaborado directrices sobre la respuesta a la violencia en la pareja y la violencia sexual y la respuesta al abuso sexual de niñas, niños y adolescentes. Para facilitar la implementación de estas directrices, la OMS ha desarrollado herramientas prácticas que orientan a los proveedores de atención sanitaria sobre la atención clínica, y a los gestores sanitarios sobre cómo reforzar los sistemas de salud para responder a la violencia. Esto incluye materiales de formación y herramientas de ayuda para el trabajo.

REFERENCIAS

- ① Lesco G, Squires F, Babii V, Bordian N, Cernetchi O, Martin Hilber A, Chandra-Mouli V. The feasibility and acceptability of collaborative learning in improving health worker performance on adolescent health: findings from implementation research in Moldova. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):339. doi:10.1186/s12913-019-4158-2 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4158-2>
Odimba S, Squires F, Ferencic E, Mbola Mbassi S, Chick P, Plesons M, Chandra-Mouli V. A collaborative learning approach to improving health worker performance in adolescent sexual and reproductive health service provision: A descriptive feasibility study in six health zones of the Democratic Republic of Congo. *Global Health Action*, 2021, 14:1, DOI: 10.1080/16549716.2021.1985228
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1985228>
Denno D, Plesons M, Chandra-Mouli V. Effective strategies to improve health worker performance in delivering adolescent-friendly sexual and reproductive health services. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2020, 33(6): 269-297. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/ijamh-2019-0245/html?lang=de>
- ② Lo Forte C, Plesons M, Branson M, Chandra-Mouli V. What can the global movement to end child marriage learn from the implementation of other multisectoral initiatives?, *BMJ Open*, 2019;4:e001739. doi:10.1136/bmjgh-2019-001739 <https://gh.bmj.com/content/4/5/e001739>
- ③ High Impact Practices in Family Planning (HIPs). Adolescent-Responsive Contraceptive Services: Institutionalizing adolescent-responsive elements to expand access and choice. Washington, DC: HIPs Partnership; 2021. <http://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-responsive-contraceptive-services>
- ④ Zuurmond MA, Geary RS, Ross DA. The effectiveness of youth centers in increasing use of sexual and reproductive health services: a systematic review. *Studies in Family Planning*, 2012 Dec;43(4):239-54. doi: 10.1111/j.1728-4465.2012.00324.x. PMID: 23239245. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23239245/>
- ⑤ Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):333-340. Siddiqui M, Kataria I, Watson K, Chandra-Mouli V. A systematic review of the evidence on peer education programmes for promoting the sexual and reproductive health of young people in India, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2020, 28:1, DOI: 10.1080/26410397.2020.1741494 <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F26410397.2020.1741494>
- ⑥ Haberland N, Rogow D, Sexuality Education: Emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*, 2015, 56, S15-21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528976/>
- ⑦ Igras S, Maceira M, Murphy E, Lundgren R. Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. *Global Public Health*. 2014;9(5):555-69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24824757/>
- ⑧ World Health Organization. Medical Eligibility Criteria Wheel for Contraceptive Use. Geneva: World Health Organization, 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>
- ⑨ Chandra-Mouli V, Parameshwar P, Parry M, Lane C, Hainsworth G, Wong S, Menard-Freeman L, Scott B, Sullivan E, Kemplay M, Say L. A never-before opportunity to strengthen investment and action on adolescent contraception, and what we must do to make full use of it. *Reproductive Health* (2017) 14:85 Doi: 10.1186/s12978-017-0347-9. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0347-9>
- ⑩ Chandra-Mouli V, Akwara E. Improving access to and use of contraception by adolescents: What progress has been made, what lessons have been learnt, and what are the implications for action? *Best Practices and Research – Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2020. 66, 107-118. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300675>
- ⑪ Streifer C. Policy brief: Best practices for sustaining your contraceptive use. Population Reference Bureau, Washington DC, 2021: <https://assets.prb.org/pdf21/best-practices-for-sustaining-youth-contraceptive-policy-brief.pdf>
- ⑫ Rehnström Loi, U., Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E. et al. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 15, 139 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1502-2>
- ⑬ Woog V, Singh S, Browne A, Philbin J. Adolescent Women's Need for and Use of Reproductive Health Services in Developing Countries, New York: Guttmacher Institute, 2015. www.guttmacher.org/pubs/Adolescent-SRHS-Need-Developing-Countries.pdf

- 14 Li Z, Patton G, Sabet F, Subramanian S V, Lu C. Maternal healthcare coverage for first pregnancies in adolescent girls: a systematic comparison with adult mothers in household surveys across 105 countries, 2000–2019. *BMJ Global Health*. 2020;5(10):e002373. doi:10.1136/bmjgh-2020-002373 <https://gh.bmj.com/content/5/10/e002373> Mekonnen, T., Dune, T. & Perz, J. Maternal health service utilisation of adolescent women in sub-Saharan Africa: a systematic scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 366 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2501-6> <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2501-6#citeas>
- 15 Kumar, M., Huang, KY., Othieno, C. et al. Adolescent Pregnancy and Challenges in Kenyan Context: Perspectives from Multiple Community Stakeholders. *Global Social Welfare* 5, 11–27 (2018). <https://doi.org/10.1007/s40609-017-010> <https://link.springer.com/article/10.1007/s40609-017-0102-8#citeas2-8>
- 16 World Health Organization. (2013). HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94334>
- 17 World Health Organization (2019). Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV living with HIV: from theory to practice: Peer-driven models of HIV care. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329993/WHO-CDS-HIV-19.39-eng.pdf>
- 18 Muthengi E, Olum R, Chandra-Mouli V. One Size Does Not Fit All When Designing Interventions to Prevent Child Marriage. *Journal of Adolescent Health*, 2021, 69, S1eS3 [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(21\)00468-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(21)00468-7/fulltext)
- 19 Plesons M; Patkar M; Babb J; Balapitiya A; Carson F; Caruso BA; Franco M; Hansen M M; Haver J; Jahangir A; Kabiru CW; Kisangala E; Phillips-Howard P; Sharma A; Sommer M; Chandra-Mouli V. The state of adolescent menstrual health in low- and middle-income countries and suggestions for future action and research. *BMC Reproductive Health*, 2021, 18:31: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01082-2>
- 20 WHO. Care of girls and women living with female genital mutilation. Geneva: WHO; 2018 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272429>
- 21 WHO. Integrating female genital mutilation content into nursing and midwifery curricula: a practical guide. Geneva: WHO; 2022 <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240042025>
- 22 Matanda D, Groce-Galis M, Gay J & Hardee K (2021). Effectiveness of Interventions Designed to Prevent or Respond to Female Genital Mutilation: A Review of Evidence. UNFPA, UNICEF, WHO and Population Council, Kenya.
- 23 Adogho AEO, Hinsliff-Smith K, McGarry J. Healthcare professionals' knowledge, attitudes, and experiences of FGM in sub-Saharan Africa: A systematic scoping review. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. 2021;14:100270. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100270>
- 24 WHO. Person-centred communication for female genital mutilation prevention: a facilitator's guide for training health-care providers. Geneva: WHO 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240041073>
- 25 Balde MD, Ndavi P, Ahmed AM, Soumah AM, Esho T, Diriye AM, Munyao J, Kemboi J, Sall AO, Diallo A, Abdirahman S, Ahmed W, Mochache V, Stein K, Nosirov K, Thwin SS, Petzold M, Pallitto CC. A health system strengthening approach incorporating person-centered communication for the prevention of female genital mutilation: Results of a multi-country, cluster randomized trial (Manuscript under preparation).
- 26 World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: clinical and policy guidelines, Geneva. WHO, 2013.
- World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: clinical and guidelines, Geneva, WHO, 2017.
- Health care for women subjected to intimate partner violence and sexual violence: A clinical handbook (2014). WHO, UNFPA, UN Women.
- Strengthening health systems for women subjected to intimate partner violence and sexual violence: A health managers manual (2017). WHO.
- Caring for women subjected to violence: A WHO training curriculum for health workers, revised edition 2021. WHO; 2021.



Este informe ha sido redactado por Danielle Engel (UNFPA) y Venkatraman Chandra-Mouli (OMS), con revisiones y contribuciones de Christina Pallitto (OMS) y Avni Amin (OMS).

Para más información, contactar con Danielle Engel (UNFPA) engel@unfpa.org.

Diciembre 2022