

# Conocimientos y prácticas de planificación familiar entre las personas refugiadas de los asentamientos informales del sur del Líbano

Josiane El-Haddad

Correo electrónico: elhaddad.josiane@gmail.com

## Resumen

**Antecedentes:** La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de los derechos de la mujer en la respuesta a las crisis humanitarias, como las que afectan actualmente a Líbano. Las personas refugiadas, en particular, se han visto afectadas negativamente por las crisis agravadas en multitud de aspectos. Este estudio pretende explorar el conocimiento y las prácticas de planificación familiar y anticoncepción entre las personas refugiadas de los asentamientos informales del sur del Líbano, centrándose en la perspectiva infrarrepresentada de las personas refugiadas palestinas en el Líbano.

**Métodos:** El estudio exploró datos cuantitativos secundarios de la evaluación de vulnerabilidad realizada por PARD en 1862 hogares, así como datos primarios obtenidos de 2 Discusiones de Grupos Focales con mujeres refugiadas y 4 Entrevistas Clave con hombres refugiados.

**Resultados:** De un total de 1862 cuestionarios, el 47,9% declaró no utilizar ningún método de PF/anticoncepción, el 30,5% se negó a responder a esta pregunta y sólo el 15,8% declaró utilizar un método de PF/anticoncepción. En el componente cuantitativo, se observó que la falta de conocimiento y la desinformación eran las barreras más comunes para acceder a estos servicios. Las barreras culturales también siguen siendo frecuentes y tienen un gran impacto. Además, las personas refugiadas de estas comunidades identificaron la falta de accesibilidad geográfica como una barrera más importante que la falta de accesibilidad financiera.

**Conclusiones:** Las prolongadas crisis en el Líbano repercuten significativamente en la salud sexual y reproductiva, en particular en el acceso de las mujeres refugiadas a la planificación familiar y la anticoncepción, afectando a la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y financiera. Las normas culturales y sociales de las comunidades muy unidas complican aún más el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Es imperativo que las agencias de ayuda den prioridad a la SSR, especialmente en unidades móviles o en centros de amplia difusión y convenientemente accesibles, en particular a la PF, debido a su profundo impacto en la salud física, el bienestar psicosocial y la situación económica de las personas refugiadas.

## Abreviaturas y términos

- PF: Planificación familiar
- FGD: Focus Group Discussion (Grupos focales)
- KII: Entrevistas con informadores clave
- PRL: Persona refugiada palestinas en el Líbano
- PRS: Persona refugiada palestina proveniente de Siria
- S: Nacionalidad siria
- L: Nacionalidad libanesa
- MoPH: Ministerio de Salud Pública de Líbano
- N: Frecuencia
- FCS: Puntuación del consumo de alimentos
- SSR: Salud Sexual y Reproductiva
- DIU: Dispositivo intrauterino
- AFI: Inseguridad alimentaria aguda
- PMA: Programa Mundial de Alimentos
- UNRWA: United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente).
- ONG Organizaciones no gubernamentales
- PHCC: Centro de Atención Primaria
- CIF: Clasificación Integrada de las Fases de la Seguridad Alimentaria; herramienta estandarizada utilizada para clasificar la gravedad y magnitud de las situaciones de inseguridad alimentaria. Las evaluaciones de la CIF se llevan a cabo analizando diversos factores como la disponibilidad, el acceso y la utilización de los alimentos, así como los mecanismos de supervivencia de las poblaciones que se enfrentan a la inseguridad alimentaria. El sistema de clasificación clasifica las situaciones de seguridad alimentaria en diferentes fases, que van desde la mínima (fase 1) hasta la hambruna (fase 5), con el fin de proporcionar un lenguaje y un marco comunes para la toma de decisiones y la respuesta de los gobiernos, las organizaciones y otras partes interesadas que participan en la lucha contra la inseguridad alimentaria y las crisis humanitarias.
- Asentamientos informales: se refieren a zonas situadas fuera de los doce campos oficiales de personas refugiadas palestinas propiamente dichos, donde un gran porcentaje de refugiadas palestinas vive en condiciones relativamente vulnerables, y se definen como zonas que:
  - Tener una población de refugiados palestinos (estén o no registrados en la UNRWA y/o el Gobierno libanés);
  - No tienen estatus oficial de campamento de la UNRWA ni ninguna autoridad legal identificada con la responsabilidad de la gestión del campamento;
  - Se espera que tengan necesidades humanitarias y de protección claramente definidas, o que cuenten con un mínimo de 25 hogares;
  - Tener una población con un sentimiento de ser un grupo distinto que vive en una zona geográficamente identificada.



- CP: Comités populares; gobernanza local designada en Asentamientos informales, a menudo con afiliaciones políticas.
- CEDAW: la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada en 1979 por la Asamblea General de la ONU, se describe como una declaración internacional de derechos de la mujer. Consta de un preámbulo y 30 artículos, define lo que constituye discriminación contra la mujer y establece un programa de acción nacional para poner fin a dicha discriminación.

# Índice

Resumen	Página 1
Abreviaturas y términos	Página 2
Introducción	Página 4
Contexto	Página 6
Métodos	Página 7
Resultados	Página 10
Temas	Página 13
Debate	Página 16
Puntos fuertes y limitaciones	Página 19
Conclusión	Página 20
Referencias	Página 22
Anexos	Página 23

---

## Introducción

Tras cuatro años de turbulencias económicas y financieras, la estructura económica general del Líbano sigue sufriendo enormemente. El informe más reciente del Banco Mundial, Lebanon Economic Monitor, publicado en otoño de 2023, destaca cómo las consecuencias del actual conflicto en Gaza añaden otro golpe significativo a las ya frágiles perspectivas de crecimiento del Líbano. Sin una estrategia exhaustiva de resolución de la crisis, la posibilidad de inversión a largo plazo se vuelve dudosa, lo que conduce a un mayor deterioro de los recursos del país en diversos ámbitos, como el físico, el humano, el social y el medioambiental. La falta de avances sustanciales hacia una estrategia global de resolución de la crisis mantiene al Líbano sumido en una crisis socioeconómica y financiera. Esta situación se ve agravada por un vacío de liderazgo institucional y político. El panorama político profundamente dividido, la ausencia de un presidente, un gobierno provisional con autoridad limitada, un gobernador interino del banco central y una actividad legislativa mínima en el parlamento han contribuido a ralentizar los avances necesarios para un plan integral de resolución de la crisis. [1]

### ***Economía:***

Entre 2022 y principios de 2023, la economía logró estabilizarse temporalmente tras años de declive significativo, debido principalmente a las aportaciones del turismo y a las cuantiosas remesas. Sin embargo, depender únicamente del turismo no es suficiente para una recuperación económica sólida o un crecimiento sostenible. A pesar de ello, había previsiones que indicaban una expansión marginal de la actividad económica para 2023, marcando el primer crecimiento positivo desde 2018, aunque a una tasa modesta del 0,2%. Sin embargo, a partir de octubre de 2023, la aparición del conflicto en curso y sus repercusiones en Líbano invirtieron rápidamente el ligero crecimiento previsto para 2023, llevando a la economía de nuevo a la recesión. [1]

### ***Seguridad alimentaria:***

La agitación económica y financiera que azota Líbano desde octubre de 2019 ha debilitado significativamente la situación de seguridad alimentaria de los residentes del país, en medio de su inestabilidad institucional y social, y acogiendo a una gran población de personas refugiadas. Esto abarca a ciudadanos/as libaneses/as (L), refugiados/as sirios/as (S), refugiados/as palestinos/as en Líbano (PRL), refugiados/as palestinos/as provenientes de Siria (PRS) y otras comunidades de personas refugiadas y trabajadores/as migrantes. Entre mayo y octubre de 2023 se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo de la Inseguridad Alimentaria Aguda (CFI) bajo el patrocinio del Ministerio de Agricultura. El mismo ha contado con el apoyo técnico y financiero del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación en Líbano y abarcó a más del 99% de la población del país.

Según la clasificación actual, aproximadamente el 21% de la población libanesa, equivalente a unas 811.000 personas, y el 36% de la población de refugiados sirios, que suman 540.000 personas, se encuentran en la fase 3 (crisis) o superior de la CIF, lo que requiere una intervención humanitaria inmediata para aliviar la escasez de alimentos, diversificar los recursos alimentarios, salvaguardar y reconstruir los medios de subsistencia y prevenir la malnutrición grave. Es especialmente preocupante la grave situación a la que se enfrentan 77.000 residentes libaneses (2%) y 45.000 refugiados sirios (3%) clasificados en la fase 4 (emergencia) de la CIF, que exigen la distribución urgente de ayuda alimentaria humanitaria. En total, se calcula que 65.000 refugiados palestinos (35%) se encuentran en la fase 3 (crisis) de la CIF y en una fase superior. Entre ellos, se estimó que el 2% de los PRL (4.000 personas) y el 5% de los PRS (2.000 personas) se encontraban en la Fase 4 (Emergencia) de la CIF. [2]

---

### ***Situación socioeconómica de las personas refugiadas palestinas en Líbano:***

En Líbano hay más de 479.000 personas refugiadas palestinas registradas, de los cuales el 45% reside en doce campos gestionados por la UNRWA, y el 55% restante fuera de los campos, casi todas ellas en asentamientos informales. La UNRWA se creó para ayudar a las personas refugiadas palestinas tras los sucesos de limpieza étnica, conocidos como "Al-Nakba" de 1948. Además, UNRWA proporciona ayuda mensual en efectivo y servicios a unos 29.000 personas refugiadas palestinas de Siria (PRS) que huyeron a Líbano debido al conflicto sirio. Entre los PRS, el 60% han sido desplazados múltiples veces por la guerra, con importantes bajas y migraciones desde Siria.

La población refugiada palestina en Líbano se divide en cuatro categorías en función de su estatuto jurídico, que afecta a su acceso a los servicios y a su situación socioeconómica. El grupo más numeroso, las personas refugiadas palestinas en Líbano (PRL), incluye a los desplazados durante la Nakba. Otros son los desplazados en la guerra árabe-israelí de 1967 (NR), los que carecen de documentos de identidad (Non-ID) y los PRS llegados desde 2011. Muchos PRS carecen de derechos de residencia, lo que limita su movilidad y sus oportunidades de empleo. La multitud de estatutos jurídicos suele dar lugar a una forma de competencia entre PRL y PRS por el empleo, a menudo en trabajos manuales mal pagados que perpetúan la pobreza.

Un tercio de las 180.000 personas refugiadas palestinas del Líbano depende de la ayuda trimestral en efectivo de la UNRWA, y el 62% vio reducidos sus ingresos durante la pandemia de COVID-19. A pesar de los cambios que permiten a las personas palestinas más oportunidades de trabajo, siguen existiendo restricciones y persiste la incertidumbre debido a la posibilidad de que se produzcan retrocesos en las políticas. Las personas trabajadoras palestinas ocupan en su mayoría puestos de trabajo mal pagados e inseguros, lo que las hace susceptibles de explotación y pérdida de empleo durante las recesiones económicas como la pandemia.

Según el estudio socioeconómico de 2022 de la UNRWA sobre las personas palestinas en Líbano, casi todas las familias palestinas vivían por debajo del umbral de pobreza. A medida que persiste la crisis económica, las familias recurren a medidas desesperadas y a mecanismos de supervivencia inadaptados como la venta de pertenencias, saltarse comidas, el matrimonio infantil y el trabajo infantil[3].

### ***Educación:***

La salida de los/las estudiantes de PRL y PRS de las escuelas públicas y privadas en el Líbano se debió a la incapacidad de las familias para pagar las tasas. En consecuencia, esta tendencia ha llevado a un aumento de la matrícula en las escuelas de la UNRWA, que ya están lidiando con aulas superpobladas de 30-40 estudiantes. Estas aulas tan numerosas suponen un gran reto para los/las profesores/as, que deben atender a alumnos/as con distintos niveles de capacidad, especialmente a los que sufren trastornos psicosociales y los consiguientes problemas de comportamiento.

De 2017 a 2022, ha habido una notable inasistencia en las escuelas de UNRWA, con las tasas de abandono más altas observadas entre los/las estudiantes de 16-18 años (aumento de la tasa de inasistencia del 0,2% a un asombroso 41%). Esto puede atribuirse a varios factores, entre ellos la limitada disponibilidad de escuelas secundarias de UNRWA en el Líbano, la escalada de los costos de asistir a escuelas públicas y privadas libanesas y la presión sobre los/las jóvenes para contribuir a los ingresos familiares a través del empleo o el matrimonio infantil.

---

Una preocupación emergente para estudiantes, padres/madres, profesores/as y administradores/as escolares es la posible necesidad de implementar sistemas de doble turno en más escuelas de la UNRWA. Este arreglo ya está teniendo lugar en Saida, ya que algunas escuelas de la UNRWA en el campamento de Ain el Helwe fueron parcial o totalmente destruidas durante los enfrentamientos armados de septiembre de 2023, por lo que los/las estudiantes llegaron tarde al año académico, y fueron reubicados en escuelas de la UNRWA fuera del campamento, en turnos de mañana y tarde. Este arreglo implica utilizar el mismo edificio escolar para dos poblaciones estudiantiles distintas, con clases por la mañana y por la tarde. La creciente afluencia de estudiantes palestinos/as de los sectores de la educación pública y privada del Líbano a las escuelas del UNRWA ha sobrecargado aún más la capacidad de las aulas, los recursos del profesorado y las disposiciones educativas en general. Esto puede dar lugar a que los/las niños/as sólo reciban educación a tiempo parcial, lo que agrava los problemas educativos existentes en el Líbano, como la insuficiencia de recursos, los altos niveles de pobreza, la falta de acceso a materiales de aprendizaje para la escolarización a distancia y las dificultades relacionadas con el estatus de residencia y la documentación entre los/las refugiados/as palestinos/as de Siria. [3]

### ***Salud:***

En Líbano existen 27 centros sanitarios gestionados por la UNRWA en los campamentos palestinos, con 299 empleados/as que atienden a unos 150.000 pacientes al año. Dado que el 55% de la población palestina carece de cobertura sanitaria, la interrupción de las subvenciones gubernamentales para medicamentos les afecta de forma desproporcionada. Este problema se ve agravado por la devaluación de la libra libanesa, que incrementa el coste de los suministros médicos. Además, al no tener la ciudadanía, las personas palestinas no pueden acceder a los servicios sociales del Estado, incluida la asistencia sanitaria.

Por otro lado, para los/las refugiados/as sirios/as, el ACNUR, junto con otras ONG, proporciona asistencia sanitaria primaria, incluida la salud reproductiva pero sin limitarse a ella, a través de consultas y medicamentos subvencionados en el marco del programa libanés de centros de atención primaria de salud, en los PHCC asignados repartidos por todo el Líbano.

La recesión económica en Líbano ha provocado la incapacidad de producir localmente muchos medicamentos esenciales, causando escasez en las farmacias. El cese de las subvenciones estatales a medicamentos vitales en noviembre de 2021 los ha hecho inasequibles para una parte significativa de la población. Esta situación es especialmente grave para las personas refugiadas palestinas que padecen cáncer, ya que se les considera "no ciudadanos" y, por tanto, no pueden acceder a los medicamentos oncológicos a precios subvencionados. [3] & [4]

### **Contexto**

La salud sexual y reproductiva (SSR) de la mujer está interrelacionada con numerosos derechos humanos, como el derecho a la vida, a no sufrir violencia, al acceso a la atención sanitaria, a la intimidad, a la educación y a la no discriminación. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ha subrayado que el derecho de la mujer a la salud abarca la salud sexual y reproductiva.

Como tales, las naciones están obligadas a defender, salvaguardar y cumplir los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Según el Relator Especial sobre el derecho a la salud, las mujeres tienen derecho a servicios de salud reproductiva, así como a bienes e instalaciones que cumplan criterios específicos:

- Deben estar disponibles en cantidades suficientes.

- 
- Deben ser accesibles física y económicamente.
  - Deben ser accesibles sin ningún tipo de discriminación.
  - Deben cumplir las normas de calidad.

La CEDAW (artículo 16) garantiza a las mujeres la igualdad de derechos a decidir "libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

La CEDAW (artículo 10) también especifica que el derecho de la mujer a la educación incluye "el acceso a información educativa específica para contribuir a garantizar la salud y el bienestar de las familias, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación familiar".

La Recomendación General 24 del Comité de la CEDAW recomienda que los Estados den prioridad a la "prevención de los embarazos no deseados mediante la planificación familiar y la educación sexual". [5]

A la luz de todo lo anterior, la SSR es un tema difícil en Oriente Medio en general. En particular, en contextos de conflicto, se pueden predecir con seguridad resultados sanitarios adversos. Concretamente en el Líbano, con la población PRL preexistente y la afluencia de sirios/as desplazados tras el conflicto de 2011, las estructuras sanitarias existentes estaban "al límite", en un país conocido por un sector sanitario muy fragmentado y privatizado[6].

A pesar de la existencia de numerosos estudios sobre SSR en general, incluido el uso y el conocimiento de la PF entre los/las refugiados/as sirios/as en el Líbano, hay pocas investigaciones que exploren la perspectiva de la PRL, especialmente en los últimos 20 años. Para abordar esta laguna en la literatura basada en la evidencia, se llevó a cabo este estudio para explorar críticamente el tema de la PF entre las mujeres refugiadas en los asentamientos informales, con una alta representación de población PRL.

## **Métodos**

### ***Objetivos del estudio***

Dada la reciente crisis política y financiera que actualmente plantea inmensos desafíos en Líbano, este estudio pretende comprender: [7]

- 1- Las prácticas actuales de PF de las personas refugiadas casadas en relación con la prestación de servicios de PF y los métodos anticonceptivos modernos en los asentamientos informales del sur del Líbano.
- 2- El conocimiento y las percepciones de las personas refugiadas de estas comunidades en relación con la PF, reflejando los posibles obstáculos o facilitadores percibidos.

### ***Diseño y entorno del estudio***

El estudio consta de dos componentes: un censo cuantitativo y un estudio cualitativo exploratorio en los asentamientos informales del sur del Líbano.

En el componente cuantitativo, se elaboró un cuestionario centrado exclusivamente en la PF y se mostró a los comités populares y de mujeres antes de proceder a la recogida de datos. Sin embargo, los



comentarios fueron que tal cuestionario encontraría resistencia debido a la naturaleza "sensible" percibida del tema. Por lo tanto, se decidió basarse en los resultados de la encuesta de evaluación de la vulnerabilidad de PARD a efectos de ayuda humanitaria en general. Los censos incluían información demográfica sobre las personas participantes, una sección relacionada con la salud que incluía la PF, y otras secciones no relacionadas, que no se tratarán en este artículo por carecer de relevancia. Las personas trabajadoras del PARD que realizaron las encuestas utilizaron la herramienta digital (Kobo), que ofrece a las participantes múltiples opciones para cada respuesta. Para los fines de este artículo se utilizaron las secciones que evaluaban directamente el tema, así como las secciones pertinentes.

En cuanto a los DGF y las IIC, se adjunta el documento guía utilizado (ANEXO 1). El documento se centró en la utilización del marco conceptual descrito en algunos estudios [8] y [9], en el que se abordaban tanto las cuestiones de oferta como de demanda relacionadas con la salud reproductiva en general, y la PF en particular, bajo cuatro dimensiones principales de atención:

<b>Dimensión asistencial</b>	<b>Descripción</b>
Disponibilidad	disponer del tipo de asistencia adecuado para quienes la necesitan, como horarios de trabajo y tiempos de espera que satisfagan las demandas de quienes buscan asistencia, así como contar con el tipo de proveedores de servicios y materiales apropiados
Accesibilidad geográfica	la distancia física o el tiempo de viaje desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario
Accesibilidad financiera	la relación entre el precio de los servicios (en parte afectado por sus costes) y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como para protegerse de las consecuencias/cargas financieras de los costes sanitarios
Aceptabilidad	la adecuación entre la capacidad de respuesta de los proveedores de servicios sanitarios y las expectativas sociales y culturales de los usuarios y las comunidades

*Tabla 1: Cuatro dimensiones de la atención*

### ***Criterios de admisibilidad***

Las trabajadoras de PARD realizaron visitas puerta a puerta en los asentamientos seleccionados para cumplimentar los cuestionarios cuantitativos. Por lo tanto, el único criterio de elegibilidad, aparte de ser miembro del asentamiento informal, era la disponibilidad de la persona encuestada en el momento de la visita y su voluntad de participar.

Sin embargo, en el aspecto cuantitativo de este estudio, el componente FGD en concreto, las participantes estaban formadas por los siguientes grupos: [7]

a- Las adolescentes casadas de entre 15 y 19 años, incluidas para explorar su utilización y accesibilidad a los servicios de PF y a los métodos anticonceptivos contemporáneos, a la luz de los elevados riesgos asociados a los embarazos adolescentes.

---

b- Mujeres casadas de entre 20 y 35 años, seleccionadas para investigar la demanda y la accesibilidad de los servicios de PF y los métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres en su edad reproductiva pico.

c- Mujeres casadas mayores de 35 años que fueran madres o suegras de niñas casadas antes de los 18 años, incluidas debido a su influencia significativa en los procesos de toma de decisiones relativos a la adopción de servicios de PF y anticonceptivos modernos.

### ***Recogida de datos y selección de participantes***

#### ***a- Componente cuantitativo:***

Debido a la falta de datos recientes sobre el tamaño de la población y detalles demográficos sobre los asentamientos informales en el Líbano, el estudio se basó en datos obtenidos en 2017, como se corrobora en el informe del PNUD de 2022 [10] sobre el tamaño de la población. En consecuencia, la población total de los asentamientos informales objeto de esta investigación es de 9.128 familias. Las personas trabajadoras del PARD, que estaban bien formadas en la recopilación y normalización de datos en las comunidades objetivo, realizaron encuestas digitalizadas puerta a puerta para garantizar un número óptimo de hogares participantes. En estas visitas, 2 encuestadoras estuvieron siempre juntos para realizar estos cuestionarios. Debido a las restricciones de personal, eran 2 mujeres, o 1 hombre y 1 mujer. Utilizando este método, pudieron obtener 1.862 encuestas, lo que representa aproximadamente el 20% de la población. En este caso, hay un 95% de probabilidades de que el valor real esté dentro de un margen de  $\pm 1,99\%$  del valor encuestado. Por último, los datos se recogieron en mayo-junio de 2022.

#### ***b- Componente cualitativo:***

Utilizado habitualmente en la investigación cualitativa, el debate en grupo focal (DGF) es un método valioso para profundizar en cuestiones sociales. Actuando como puente entre la investigación científica y el conocimiento autóctono, el DGF implica reunir a una cohorte para explorar un tema definido, facilitando un intercambio de experiencias personales multifacéticas, creencias, percepciones y actitudes bajo una moderación guiada. Comprender el nexo entre las percepciones de los individuos y su contexto sociocultural resulta fundamental en los procesos de toma de decisiones, ya que las personas suelen formular sus ideas e interpretaciones basándose en su entorno inmediato y en el aprendizaje adquirido a través de la experiencia. [11]

A la luz de su papel crucial en dicha investigación, se planificaron y llevaron a cabo dos DGF, uno en el asentamiento informal de Sikki, en la zona de Saida, y otro en el asentamiento informal de Shabriha, en la zona de Tiro.

A pesar de que estaba previsto realizar las DGF con participantes masculinos, organizarlos sobre el terreno resultó difícil y casi imposible debido a la resistencia de los varones a participar en un debate en grupo sobre temas tan delicados desde el punto de vista "cultural" y "religioso". Por lo tanto, la metodología del estudio se modificó para incluir entrevistas individuales con cuatro participantes masculinos seleccionados de diferentes grupos de edad y ubicaciones geográficas. En este contexto semiestructurado, la consultora asumió el papel de investigadora, incitando al entrevistado mediante preguntas y controlando la dinámica del debate [11]. En general, las entrevistas con expertos constituyen una valiosa herramienta para recabar perspectivas en profundidad, acceder a información privilegiada y mejorar la credibilidad y relevancia de los resultados de la investigación.

---

Dos trabajadoras del proyecto NESI-PARD, que comparten la condición de refugiadas de las participantes, colaboraron en el reclutamiento de los participantes en las FGD y las KII mediante un muestreo intencionado en dos asentamientos informales seleccionados. Se eligió un asentamiento grande en la zona de Saida y otro en la zona de Tiro para garantizar el aspecto de la representación geográfica. Para las DGF, las trabajadoras del proyecto se reunieron con las mujeres que cumplían los requisitos en cada uno de esos asentamientos, les explicaron el estudio y documentaron los datos de contacto de las que aceptaron participar. También recurrieron a la ayuda de sus colegas y de su círculo social para ponerlas en contacto con otras posibles mujeres elegibles. Los datos fueron recogidos en febrero de 2024 por la consultora, que también moderó las DGF, ya que tiene una amplia experiencia en investigación cualitativa y en este entorno de refugiados en particular. Las DGF con las mujeres y las entrevistas con los hombres se llevaron a cabo en centros comunitarios locales de fácil acceso. Además, los trabajadores del proyecto se encargaron de la logística, asegurándose de que no hubiera otras personas presentes para mantener la privacidad y evitar el solapamiento con otras actividades.

## **Análisis de datos**

### ***a- Componente cuantitativo:***

En el estudio se empleó el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para la fase de análisis de los datos cuantitativos. Con el SPSS se gestionaron y analizaron eficazmente los datos recopilados. Esto incluyó la generación de estadísticas descriptivas para resumir las características de la muestra, la realización de pruebas estadísticas inferenciales para examinar las relaciones entre variables y el empleo de técnicas analíticas avanzadas para descubrir patrones o asociaciones dentro de los datos.

### ***b- Componente cualitativo:***

Todas las entrevistas se realizaron en árabe, se grabaron en audio y las trabajadoras las transcribieron textualmente. Después, uno de las trabajadoras tradujo las sesiones transcritas al inglés. El traductor y el autor del estudio leyeron las transcripciones varias veces para garantizar su exactitud. A continuación, el autor procedió a la búsqueda de temas, dentro de los temas contextuales predefinidos en el documento de orientación (cuatro dimensiones de la atención) y los organizó en función de las barreras/facilitadores de la demanda o la oferta para acceder a la PF y la anticoncepción moderna.

## **Resultados**

### ***a- Estudio cuantitativo:***

En la Tabla 2 se presentan las características basales de todas las participantes. La mayoría de las personas encuestadas (71,3%) eran mujeres. La edad de los participantes oscilaba entre 16 y 103 años, con una media de 51,45 (DE= 15,889) y la mayoría tenía entre 35 y 55 años (43%). Además, más del 70% de los sujetos estaban casados (71,8%). En cuanto a la nacionalidad, el 74,6% de los participantes eran de nacionalidad PRL.

<b>Características</b>	<b>Todos (N= 1862)</b>
<b>Sexo n (%)</b>	
Hombre	535 (28.7)
Mujer	1.327 (71.3)

<b>Edad Media (DE)</b>	51.45 (15.889)
<b>Edad n (%)</b>	
18 <	5 (0.3)
18 < edad < 35	321 (17.2)
35 < edad < 55	801 (43)
> 55	735 (39.5)
<b>Estado civil n (%)</b>	
Único	231 (12.4)
Casado	1.336 (71.8)
Divorciado	87 (4.7)
Viuda	183 (9.8)
Separado	25 (1.3)
<b>Nacionalidad n (%)</b>	
PRL	1.389 (74.6)
PRS	145 (7.8)
S	205 (11)
L	116 (6.2)
Otros	7 (0.4)

Tabla 2. Características demográficas de los datos de los participantes en el censo

En cuanto a la PF, el 47,9% no utiliza ningún método de PF o anticonceptivo, mientras que sólo el 15,8% de las encuestadas utiliza un método. El uso de 2 métodos era muy improbable (sólo 2 casos). Los resultados se muestran en el gráfico 1.

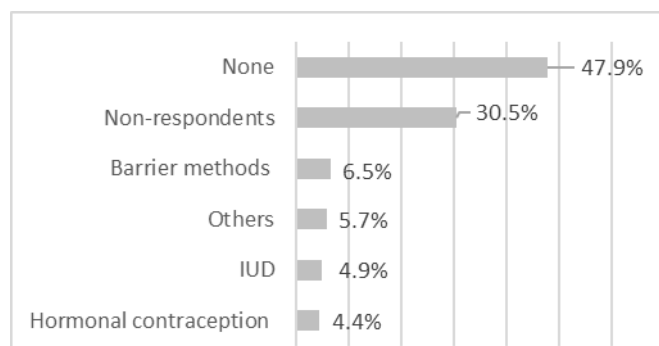


Gráfico 1. Distribución porcentual de los métodos de PF/anticoncepción utilizados

Cuando se pidió a las 892 encuestadas (47,9% de la población total) que afirmaron no utilizar ningún método de PF/anticoncepción que justificaran el motivo de su decisión, los resultados se distribuyeron como se muestra en el Gráfico 2. El 57% de esta subpoblación eran mujeres posmenopáusicas, lo que se correlaciona con el 27,4% de la población total. Cabe destacar que sólo 2 casos de la subpoblación de 892 afirmaron carecer de acceso a estos servicios.

De las que no utilizaban métodos de PF/anticoncepción, el 10% consideraba que la razón principal era que estaban en periodo de lactancia en ese momento. Esto está relacionado con dos posibilidades:

- 1- Asumen erróneamente la lactancia como método anticonceptivo.
- 2- Asumen que no pueden utilizar ningún método anticonceptivo durante este periodo.

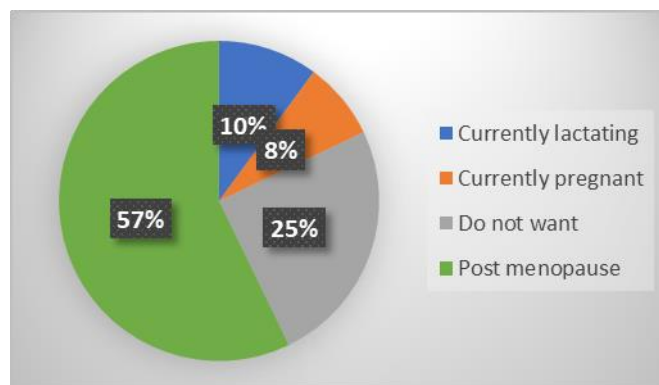


Gráfico 2. Razones para no utilizar la PF/anticoncepción

Sin embargo, según el Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing [12], se ha comprobado que la lactancia materna del recién nacido, sin alimentación complementaria y continuada durante la noche, retrasa el retorno de la ovulación tras el parto. A pesar de ello, en general se reconoce que es una forma ineficaz de control de la natalidad debido a las dificultades para determinar con precisión la reanudación de la ovulación. Las investigaciones sugieren que hasta el 80% de las mujeres ovulan antes de experimentar sus primeros ciclos menstruales posparto. El mecanismo exacto por el que la lactancia materna inhibe la ovulación sigue sin estar claro, aunque se cree que los niveles elevados de prolactina suprimen la liberación de la hormona luteinizante (LH) de la hipófisis anterior. Los niveles de prolactina suelen aumentar durante el embarazo y se mantienen elevados en las mujeres que dan el pecho en comparación con las que lo hacen parcialmente o no lo hacen en absoluto. Sin embargo, con la lactancia prolongada, los niveles de prolactina acaban disminuyendo, lo que provoca el retorno de la menstruación. Los patrones menstruales de las mujeres lactantes pueden ser irregulares, influidos por las variaciones en la frecuencia de la lactancia. En cuanto a la segunda posibilidad, es posible que las mujeres no conozcan los posibles métodos anticonceptivos adecuados. Las mujeres que amamantan suelen favorecer los métodos anticonceptivos no hormonales, como los métodos de barrera. Las opciones de sólo progestágeno representan una alternativa adecuada. Los anticonceptivos hormonales combinados que contienen estrógeno y progestina pueden considerarse una tercera opción anticonceptiva entre las mujeres lactantes. [13]

Entre las correlaciones que este estudio pretende investigar se encuentran:

- **Puntuaciones de consumo de alimentos (FCS):** el 69,6% de todas las participantes tienen un consumo de alimentos deficiente; el 30,1% tienen un FCS al límite, pero sólo 6 casos (0,3%) tienen un consumo de alimentos aceptable.
- **Ingresos mensuales:** El 39,6% de las personas participantes declaran tener unos ingresos mensuales medios de entre 23 y 46 dólares, mientras que el 11,7% declaran tener unos ingresos medios de entre 46 y 70 dólares. Por otra parte, el 42,2% declaró que esta media era inferior a 23\$. Sólo el 6,5% tiene unos ingresos medios mensuales superiores a 3.000.000 L.L. (70\$). En cuanto a las fuentes de ingresos declaradas, el 75,3% de las participantes tienen deudas con familiares o vecinos. Además, el 91,8% de los encuestados declararon recibir dinero en efectivo de organizaciones, ya sean ONG, agencias de la ONU o incluso partidos políticos.
- **Apoyo sanitario:** Alrededor del 83% de la población encuestada declaró disponer de servicios/apoyo sanitario. De los 1.547 encuestados, el 7,2% declaró que ACNUR era el servicio

sanitario de apoyo, frente al 91,7% que declaró que lo era el UNRWA (lo que refleja la distribución de la población por nacionalidades que figura en la Tabla 1).

**b- Estudio cualitativo:**

Las características de las 14 mujeres/niñas que participaron en los 2 FGD se muestran en la Tabla 3 y las de los 4 hombres KII participantes en la Tabla 4.

	<b>20 - 35 años (n=4)</b>	<b>36 - 55 años (n=8)</b>	<b>&gt;55 años (n=2)</b>
<b>Edad media</b>	30	41	64
<b>Educación n (%)</b>			
No hay escuela	0	1 (12)	1 (50)
Primaria	2 (50)	3 (37)	0
Medio	1 (25)	3 (37)	1 (50)
Secundaria y superiores	1 (25)	1 (12)	0
<b>Edad al casarse n (%)</b>			
12 - 15	1 (25)	1 (12)	0
16 - 17	0	2 (25)	0
18 años y más	3 (75)	5 (62)	2 (100)
<b>Paridad n (%)</b>			
Sin niños	0	0	0
1	0	0	0
2-4	4 (100)	5 (62)	0
5 y superiores	0	3 (37)	2 (100)
<b>Edad en el primer embarazo (de las que han tenido hijos alguna vez) n (%)</b>			
12 - 15	0	0	0
16 - 17	1 (25)	2 (25)	0
18 - 19	0	1 (12)	0
20 y más	3 (75)	5 (62)	2 (100)

*Tabla 3 Características demográficas de las mujeres participantes en los DGF*

De las mujeres del FGD que respondieron, 3 acertaron la definición de PF, mientras que 4 se equivocaron. Estas últimas asumieron que se trataba de un tema relacionado con la gestión del tiempo de las mujeres como amas de casa y madres. Del mismo modo, en los KII, la mayoría de las entrevistadas pensaban que la PF se refería a la gestión del tiempo y las responsabilidades en el ámbito familiar. Sin embargo, casi todas las participantes identificaron correctamente ejemplos de métodos anticonceptivos. Sólo una mujer afirmó que "eso es una máquina nueva" de la que había oído hablar pero que no sabía muy bien cómo funcionaba, y un hombre se refirió a una "pulsera nueva". Cabe destacar que una mujer y un hombre afirmaron que "existe una forma natural entre la mujer y su marido para la anticoncepción conocida como método de retirada/extracción". Sin embargo, según fuentes científicas [14], sólo tiene una eficacia del 78-80%. Funciona aproximadamente el 78% de las veces, lo que significa que, durante un año de uso de este método, 22 de cada 100 mujeres, aproximadamente 1 de cada 5, se quedarían embarazadas. Además,

otra mujer mencionó los supositorios [espermicidas] como método anticonceptivo, que también tienen una eficacia de sólo el 79%. En comparación, los preservativos masculinos tienen una eficacia del 98% si se utilizan correctamente todas las veces. Por lo tanto, no se debe confiar en estos dos métodos como únicos métodos anticonceptivos, y se deben utilizar junto con otro método, de mayor eficacia declarada.

## Temas

Como ya se ha comentado, los DGF y las IIC se centraron en evaluar los conocimientos y las percepciones de las participantes sobre los facilitadores y los obstáculos de la PF y los métodos anticonceptivos modernos, a la luz de las cuestiones de la oferta y la demanda. Estas cuestiones se debatieron en el marco de las cuatro dimensiones de la atención:

	Hombre 1	Hombre 2	Hombre 3	Hombre 4
<b>Edad</b>	27	35	59	37
<b>Educación</b>				
No hay escuela				
Primaria	x		x	
Medio				
Secundaria		x		x
y superiores				
<b>Edad al casarse</b>				
12 - 15	NA*			
16 - 17	NA			
18 y más	NA	x	x	x
<b>Paridad</b>				
Sin hijos	NA			
1	NA			
2- 4	NA	x	x	x
5 y más	NA			
<b>Edad cuando tuvieron el primer hijo (de los que alguna vez tuvieron hijos)</b>				
12 - 15	NA			
16 - 17	NA			
18 - 19	NA			
20 y más	NA		X	X

\*NA: no aplicable/no disponible

Tabla 4. Características demográficas de los hombres participantes en el KII

- 1- **Disponibilidad:** Según el informe de salud del UNRWA de 2022, en el Líbano, el número total de usuarias continuas de PF era de unas 17.000 mujeres, un 1% menos que en 2021[4]. Sin embargo, en ambos FGD, las mujeres se quejaron del mecanismo de derivación utilizado en las clínicas locales de la UNRWA, en las que no hay máquinas de ultrasonido para las revisiones obstétricas, así como la falta de anticonceptivos y vitaminas. A menudo son derivadas a clínicas centrales de la UNRWA (la clínica de Saida para las participantes de Sikki, y la clínica del campamento de Al-Buss para las participantes de Shabriha). Además, algunas mujeres se quejaron de la mala

---

educación de los profesionales sanitarios de estas clínicas, de los largos tiempos de espera y de la falta de intimidad. Asimismo, algunas mujeres se quejaron de un cambio en la política de la UNRWA sobre las ecografías prenatales, que pasaron de ser mensuales a realizarse sólo dos veces durante el embarazo. Al revisar la bibliografía, el número de ecografías recomendadas durante un embarazo normal puede variar en función de diversos factores, como la salud de la mujer, la salud del feto y las posibles complicaciones. Sin embargo, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos [15] suele recomendar al menos una ecografía durante el segundo trimestre (normalmente entre las semanas 18 y 22) como parte estándar de la atención prenatal. Además de la ecografía estándar a mitad del embarazo, pueden recomendarse ecografías adicionales en función de circunstancias específicas o indicaciones médicas. Puede tratarse de ecografías tempranas para confirmar la viabilidad o la fecha del embarazo, así como de exploraciones adicionales para controlar el crecimiento fetal, evaluar los niveles de líquido amniótico o valorar otros posibles problemas. Estas recomendaciones también se registran en el protocolo de salud reproductiva del PARD, que se utiliza como guía para prestar servicios de SSR a las mujeres beneficiarias. Sin embargo, no hay base científica ni consenso sobre la realización de ecografías prenatales mensuales a las embarazadas sanas.

Además, parece que la mayoría de los participantes sabían dónde estaban disponibles los servicios y cómo acceder a ellos. En su mayoría mencionaron el UNRWA y ONG como PARD, que presta servicios de SSR indistintamente a todas las nacionalidades, frente al UNRWA, que sólo beneficia a PRL/PRS.

De hecho, en el proyecto de salud reproductiva NESI-PARD, se prestaron servicios de PF/anticoncepción a las mujeres de los asentamientos informales seleccionados, con un total de 275 servicios de PF de un total de 5626 servicios de SSR (4,9%) en 2021, 386 de 5606 (9,2%) en 2022 y 428 de 585 (9,3%) en 2023. Un notable aumento de los servicios de PF prestados por el proyecto (casi el doble) debido al aumento de la sensibilización, la demanda y la respuesta de la oferta. Los principales métodos anticonceptivos solicitados y, por tanto, proporcionados por el proyecto son las píldoras y los métodos de barrera.

Cuando se les preguntó por las fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general, la mayoría de las mujeres se refirieron a las sesiones de concienciación sanitaria impartidas por organizaciones como PARD, o en la clínica del UNRWA. Algunos hombres y mujeres también dijeron que aprenden de los vecinos, la familia, los programas de televisión, Internet o la experiencia personal. Una mujer incluso reiteró que "está prohibido preguntar sobre estos temas", por lo que vivía con la idea errónea de que el DIU "se desliza por el cuerpo hasta llegar al corazón", y sólo descubrió que estaba equivocada cuando preguntó recientemente a un médico.

En cambio, las mujeres identificaron correctamente los efectos secundarios de cada método anticonceptivo, probablemente debido a un miedo magnificado o exagerado. Las píldoras "nos ponen nerviosas y nos enfadan", "solía pegar a mi hijo porque me convertían en una persona diferente", mientras que los DIU "provocan hemorragias y dolor de espalda". Por lo tanto, a pesar de ser conscientes de los efectos secundarios, las mujeres no pudieron informar con exactitud sobre las bajas probabilidades de que se produjeran los efectos secundarios mencionados, ni sobre el análisis de los beneficios frente a los costes. Por el contrario, los hombres declararon que los



preservativos masculinos no tienen efectos secundarios, mientras que las mujeres sólo consideraron las píldoras y los DIU como los anticonceptivos en cuestión, ya que sólo el 6,5% del total de encuestadas en el censo cuantitativo declararon utilizar el método anticonceptivo de barrera.

En el cuadro 5 se resumen los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos en cuestión y su eficacia [16].

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Efectos secundarios</b>	<b>Eficacia anticonceptiva</b>
DIU	Riesgos graves poco frecuentes	Tasa de fracaso <1% al año
Hormonal	- Aumentar el riesgo de trombosis venosa - Cambios menstruales - Aumento de peso - Dolores de cabeza y mareos - Asociado con algunos parámetros de salud mejorados	Tasa de fracaso: 4-7% al año
Preservativos	Ninguno  Casos raros de alergia al látex	Tasa de fracaso: 13% al año

*Tabla 5. Resumen de los efectos secundarios y la eficacia de algunos métodos anticonceptivos*

- 2- Accesibilidad geográfica: tanto los hombres como las mujeres identificaron la distancia entre la clínica del lugar y la clínica de referencia en el caso de los servicios sanitarios del UNRWA como un obstáculo, y en el caso de las clínicas de salud reproductiva móviles y fijas del proyecto sanitario PARD-NESI como un facilitador. Sin embargo, es importante señalar que las mujeres prefieren los centros sanitarios que ofrecen todo el espectro de servicios, para los distintos miembros de la familia.
- 3- Accesibilidad financiera: los hombres afirmaron que los servicios del UNRWA son gratuitos, por lo que el coste financiero no supone un obstáculo. Por el contrario, las mujeres afirmaron que cuando los medicamentos y suplementos escasean o no están disponibles en el UNRWA, su

elevado coste es un importante factor disuasorio para adquirirlos, ya que "privarían a nuestros hijos/as y a nosotras mismas de otras cosas". Además, como se ha comentado anteriormente, el coste del transporte para llegar a las clínicas de referencia también es elevado, así como el coste del tiempo perdido en la espera de las mujeres trabajadoras o de los hombres trabajadores que las acompañan.

- 4- **Aceptabilidad:** en su mayoría, las personas participantes informaron de la receptividad general de los proveedores de atención sanitaria hacia quienes demandan servicios de PF y anticoncepción, a pesar de un par de quejas de "comportamiento grosero" y burlas en algunos casos, especialmente si la mujer ya tiene muchos hijos. No se puede decir lo mismo de las expectativas culturales de la comunidad, donde la mayoría se quejó de que "no apoyan la PF, ya que los hijos/as son nuestro único apoyo cuando somos mayores". Las mujeres expresaron su temor a que sus maridos se casaran con otra mujer, mientras que los hombres temían que la sociedad los considerara incapaces de tener hijos. Un hombre llegó a decir que está "prohibido" y que si su mujer no hubiera tenido problemas cardíacos, habrían seguido teniendo hijos, sabiendo que ya habían tenido cuatro en el momento de su diagnóstico. Por último, un punto casi unánime, 3 de cada 4 hombres afirmaron que el hombre tiene autoridad para tomar decisiones en materia de salud reproductiva, en particular sobre el embarazo, porque "se casó para tener hijos". En cuanto a las mujeres, fue un punto de discusión más polémico; algunas afirmaron que era su decisión, mientras que otras dijeron que era mutua y compartida. Unas pocas dijeron: "No nos mintamos. Es decisión suya [del Hombre]".

## Debate

En el censo, se suponía que los que no respondieron a la pregunta sobre los métodos de planificación familiar utilizados serían en su mayoría hombres, ya que es habitual en esta cultura que los hombres no conozcan/discuta "esos temas" en público. Sin embargo, tras analizar el sexo de los 567 encuestados que no respondieron, la mayoría eran mujeres, como muestra el gráfico 3.

Las implicaciones de esta anomalía deberían investigarse más a fondo. Las mujeres, en general, y las refugiadas, en particular, pueden dudar a la hora de responder a preguntas sobre su uso de métodos de planificación familiar por varias razones:

1. **Normas culturales o religiosas:** En estas culturas y comunidades religiosas, hablar de SSR y PF puede considerarse un tabú o un tema delicado, lo que disuade a las mujeres de mantener una conversación abierta.

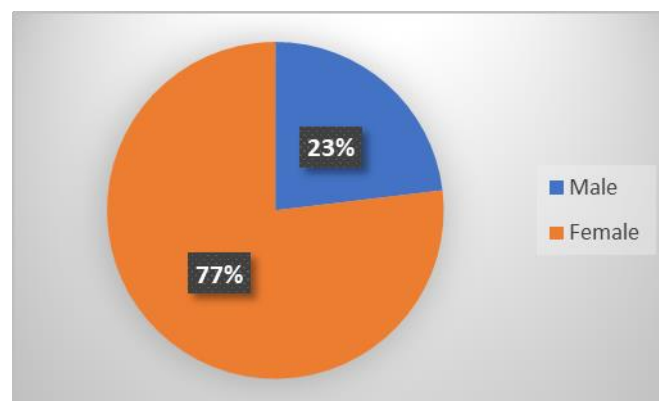


Gráfico 3 Distribución de los que no respondieron a la pregunta sobre PF por sexo

- 
2. **Estigma y vergüenza:** Las mujeres pueden sentirse avergonzadas o estigmatizadas al hablar de métodos de PF/anticoncepción, sobre todo si proceden de comunidades en las que la anticoncepción o la planificación familiar se consideran negativas. El miedo a ser juzgadas o discriminadas por sus iguales o por los miembros de la comunidad puede hacer que sean reacias a revelar información sobre sus opciones reproductivas.
  3. **Preocupación por la intimidad:** Las mujeres refugiadas en particular pueden estar preocupadas por la privacidad y confidencialidad de su información médica, especialmente cuando se revela fuera de un entorno sanitario a pesar de la confidencialidad prometida. Les puede preocupar que revelar su uso de métodos de PF pueda conducir a violaciones de la confidencialidad o a consecuencias no deseadas, especialmente si viven en campos de refugiados abarrotados o en reuniones donde la información personal puede compartirse/escucharse inadvertidamente. Otra preocupación podría ser la presencia de un encuestador varón junto con la encuestadora durante la recogida de datos. Esto podría haber sido un factor para negarse a participar en esta pregunta específica.
  4. **Trauma y salud mental:** Muchas mujeres refugiadas han sufrido acontecimientos traumáticos, como conflictos, desplazamientos, pérdidas, pobreza o abusos, que pueden afectar a su salud mental y su bienestar. Hablar de métodos de PF puede ser una de sus prioridades o desencadenar recuerdos o emociones angustiosas asociadas a experiencias pasadas, lo que las hace reacias a participar en estas conversaciones.

En general, una combinación de factores culturales, sociales, económicos y psicológicos puede contribuir a la reticencia de las mujeres a responder a preguntas sobre su uso de métodos de planificación familiar, ya sean mujeres en general o refugiadas en particular.

## **Relación entre el método FP y:**

- **Acuerdo/reunión informal:**

Una prueba de chi-cuadrado indicó que no existía una asociación significativa entre la recolección y el método de planificación familiar (valor  $P = 0,343$ ). Por lo tanto, la información de todos los asentamientos informales se fusionó a efectos de análisis y discusión.

- **La edad:**

Se realizó un análisis de varianza unidireccional para evaluar las relaciones entre la edad y los métodos de planificación familiar. La variable independiente, métodos de planificación familiar, incluía cinco grupos. La variable dependiente fue la edad. El ANOVA fue significativo entre estas dos variables (valor  $p < 0,001$ ). Esto significa que la edad tenía un impacto notable sobre el método de planificación familiar que los individuos eran más propensos a elegir.

- **Ingreso medio mensual:**

Una prueba de chi-cuadrado indicó que existía una asociación significativa entre los ingresos mensuales medios y el método de planificación familiar (valor  $P < 0,001$ ). Por lo tanto, resulta que las personas con ingresos más elevados tienen más probabilidades de permitirse anticonceptivos de acción prolongada

como los dispositivos intrauterinos (DIU) o los implantes hormonales, mientras que las personas con ingresos más bajos podrían recurrir más a métodos de barrera como los preservativos o los métodos naturales de planificación familiar.

- **Puntuación del consumo de alimentos (FCS):**

Según el Programa Mundial de Alimentos, la puntuación del consumo de alimentos es el indicador de seguridad alimentaria más utilizado por el PMA y sus socios. Este indicador es una puntuación compuesta basada en la diversidad dietética de los hogares, la frecuencia de consumo de alimentos y el valor nutricional relativo de los distintos grupos de alimentos. En el análisis estadístico del censo, una prueba de chi-cuadrado indicó que existía una asociación significativa entre el consumo de alimentos y el método de planificación familiar (valor  $P = 0,01$ ). Esto significa que del 69,6% con un CCF deficiente, fue estadísticamente significativo que el 71,3% de esta subpoblación declarara no utilizar ningún método de PF/anticonceptivo. Si se toma esta información a la luz de la relación estadísticamente significativa entre el ingreso mensual y el SCF en los hallazgos del estudio (valor  $P < 0,001$ ), se corrobora el impacto del costo financiero en la elección del método de PF. Sin embargo, en los DGF, todos los participantes conocían los servicios gratuitos. Por lo tanto, la causa de la correlación puede estar relacionada con la falta de concienciación sobre la importancia del uso de la PF, la negativa a utilizarla y el impacto financiero de tener más hijos.

- **Número y sexo de los hijos:**

Para empezar, la distribución por número de hijos/as se representa en el cuadro siguiente:

<b>Número de niños</b>	<b>N (%)</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
0	802 (43.1%)	43.1 %
1	271 (14.6%)	57.6 %
2	328 (17.6%)	75.2 %
3	244 (13.1%)	88.3 %
4	127 (6.8%)	95.2 %
> o = 5	90 (4.8%)	100.0 %

*Tabla 6. Distribución, porcentaje y porcentaje acumulado por número total de niños/as*

La tasa de fecundidad para Líbano en 2023 era de 2,018 nacimientos por mujer. En cambio, en la población refugiada que nos ocupa, se constata que alrededor del 25% tiene más de 2 hijos/as.

En cuanto al sexo de estos niños/as, se resumen en la siguiente tabla:

	<b>N (%)</b>	
	<b>Niños varones</b>	<b>Mujeres</b>
0	1060 (56.9%)	1076 (57.8%)
1	423 (22.7%)	428 (23%)
2	259 (13.9%)	237 (12.7%)
3	85 (4.6%)	84 (4.5%)
4	22 (1.2%)	23 (1.2%)

---

$> 0 = 5$	13 (0.7%)	14 (0.8%)
-----------	-----------	-----------

*Tabla 7. Distribución de los niños/as por sexo*

En un intento de encontrar la correlación entre el uso de la PF y el sexo del niño/as, una prueba de chi-cuadrado indicó que existía una asociación significativa entre el número de hijos varones y el método de PF (valor P <0,001). Por otro lado, una prueba de chi-cuadrado indicó que existía una asociación altamente significativa entre el número de hijas mujeres y el método de PF (valor P <0,001).

- **Matrimonio precoz/infantil:**

En este estudio, sólo 4 menores de 18 años estaban casados. De estos 4, 3 son mujeres y sólo 1 es varón. Esto se corresponde con la conclusión del estudio sobre matrimonio infantil realizado por el proyecto titulado "Asistencia médica y psicosocial a la población refugiada en el sur del Líbano (Fase 2)" en 2021 [17], en el que se descubrió que el 96% de todos los casos de matrimonio precoz/infantil eran mujeres, y el 12,8% eran hombres. El solapamiento se produce cuando ambos cónyuges tienen menos de 18 años.

En cuanto al nivel educativo, como este estudio no obtuvo esa información en particular, se derivó como dato secundario del estudio sobre el Matrimonio Infantil, y los resultados fueron los siguientes:

	<b>% de Hombres</b>	<b>% de mujeres</b>	<b>Media</b>
<b>Analfabetos</b>	11.7%	13.7%	12.7%
<b>Primaria</b>	30.4%	28.0%	29.2%
<b>Medio</b>	40.9%	40.8%	40.9%
<b>Secundaria</b>	5.8%	7.4%	6.6%
<b>Universidad</b>	11.3%	10.1%	10.7%

*Tabla 8. Distribución de hombres y mujeres por nivel educativo*

Por lo tanto, el 41,9% de la población de los asentamientos informales es analfabeta o sólo ha terminado la educación primaria, lo que refleja una tasa de alfabetización y educación muy baja. Esto puede compararse con los porcentajes del Gráfico 1, en el que el 47,9% de la población destinataria declaró no utilizar ningún método de PF. Por lo tanto, debe investigarse más a fondo la correlación entre el nivel educativo y el uso de métodos de PF.

### **Puntos fuertes y limitaciones**

Lo que diferencia a este estudio de otros que exploran los conocimientos y las prácticas de PF es que el estudio se centra en los asentamientos informales, cuya mayoría es población PRL. Si bien se han realizado importantes investigaciones para estudiar este tema en las personas refugiadas sirias en el Líbano, especialmente después del conflicto sirio, no se ha hecho mucho en el contexto de la población PRL, ya sea en campamentos o en otras comunidades. La cuestión del acceso a esos servicios en el Líbano se amplificó debido a las crisis superpuestas, que afectaron a las mujeres de todas las poblaciones, pero las mujeres refugiadas se enfrentaron a grados desproporcionados. Otro punto fuerte de este estudio es que tiene componentes cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de representar a la población refugiada, especialmente en los asentamientos informales del sur del Líbano. Esto podría desarrollarse y extrapolarse posteriormente a otras zonas del Líbano. Además, el uso de la evaluación de la vulnerabilidad, como se ha explicado anteriormente, que suele estar vinculada a la prestación de asistencia alimentaria o en efectivo

---

en los proyectos humanitarios del PARD, ofrece la ventaja de una alta tasa de participación en nombre de la población local.

En cuanto a las limitaciones, es bien sabido [11] que en los DGF unos pocos participantes tienden a dominar el debate, pero las trabajadoras del proyecto garantizaron la oportunidad de una participación equitativa. Además, al pertenecer a una sola comunidad, es posible que algunos/as participantes se mostraran reacios/as a expresar opiniones que pudieran suscitar controversia, o que se inclinaran por la "mentalidad de rebaño" para evitar el discurso o destacar. En este contexto, las trabajadoras intentaron evitar estos problemas animando a las participantes a expresarse y utilizando estrategias de sondeo adicionales. Además, otra limitación fue la presencia de un encuestador varón durante el censo cuantitativo. Estaba previsto que la encuestadora estuviera acompañada por otra mujer o por un hombre para mayor seguridad y apoyo durante el proceso de recogida de datos puerta a puerta. Sin embargo, hay que admitir que podría haber sido un factor disuasorio para algunas mujeres, por lo que se negaron a responder a preguntas confidenciales relacionadas con la salud, en su mayoría relacionadas con la PF. Por último, dado que no era factible realizar un cuestionario especializado sobre PF que se administrara para el componente cuantitativo, el estudio recurrió a los datos recopilados durante el estudio de evaluación de la vulnerabilidad del PARD realizado en 2022. En el cuestionario no se registró el nivel educativo de los encuestados, reconociendo la posible correlación entre educación y uso/método de PF.

## **Conclusión**

Las crisis superpuestas y prolongadas en el Líbano no pueden pasarse por alto cuando se trata de su impacto en la SSR en general, y en el acceso de las mujeres refugiadas a la PF y la anticoncepción, ya que han afectado la disponibilidad, la accesibilidad geográfica y financiera.

Además, no podemos pasar por alto la cuestión de la suspensión de fondos a la UNRWA [18], tras muchos años de recortes presupuestarios graduales, por parte de 16 países tras la acusación de Israel de que al menos 12 trabajadores de la UNRWA estuvieron implicados en los atentados del 7 de octubre. A pesar de que algunos países reanudaron su financiación 2 meses después de la suspensión, la financiación sigue siendo precaria, y en cantidades inferiores a las presupuestadas originalmente para 2024.

Desde otro punto de vista, el componente de aceptabilidad social y cultural sigue teniendo una gran repercusión en la vida de las personas refugiadas, que residen en comunidades muy unidas, tradicionales y conservadoras. Esto demuestra la necesidad de explorar nuevas estrategias para concienciar sobre la PF, como el uso de materiales educativos culturalmente sensibles, en forma de medios digitales y técnicas innovadoras de concienciación como el teatro interactivo o social. Los programas de empoderamiento de la mujer deben tener como objetivo informar a las mujeres sobre sus derechos, con especial atención a la SSR, y mejorar los conocimientos sanitarios generales de la población refugiada.

Además, son esenciales nuevas estrategias para prestar y garantizar la continuidad de los servicios de PF, como el uso de la sanidad electrónica, como posible solución, aunque está limitada por el coste, la viabilidad y la aceptabilidad. Esta opción puede investigarse en artículos posteriores. Otra área a investigar sería explorar más a fondo las perspectivas de los hombres sobre la PF, con el fin de incorporarlos al componente de sensibilización y como socios en el proceso de planificación familiar.

Es crucial que la SSR, y en particular la PF, ocupe un lugar prioritario en la agenda de las agencias de ayuda internacionales y locales, debido a sus repercusiones de largo alcance sobre la salud física, el

---

bienestar psicosocial y la situación económica y financiera de todas las personas refugiadas. Los proyectos deberían centrarse en el uso de unidades móviles para la prestación de servicios sanitarios, o de clínicas/dispensarios sanitarios ampliamente extendidos similares al sistema PHCC del Ministerio de Sanidad, en los que la persona pueda beneficiarse de más de un servicio en un mismo lugar, como pediatría, salud mental, medicina general, etc. Además, en el caso de las agencias que proporcionan ayuda en metálico o en especie a los/las refugiados/as, debe aplicarse un tope fijo de ayuda por número de hijos/as para que se pueda desempeñar cualquier papel en los esfuerzos de planificación familiar adecuados. Esto implica cambios en las políticas de las agencias internacionales y locales.

## **Agradecimientos**

Nos gustaría agradecer a las personas trabajadoras su gran esfuerzo en la recogida de datos del censo, la moderación de los DGF y la realización de los IIC. También queremos agradecer a todos los participantes su inestimable colaboración.

## **Financiación**

Este trabajo se encargó para el proyecto titulado "Empoderamiento de las mujeres refugiadas mediante asistencia médica, psicosocial y educativa en diez asentamientos informales del sur del Líbano", que se ejecuta en el marco de una asociación entre The Popular Aid for Relief and Development (PARD) y Nazioarteko Elkartasuna-Solidaridad Internacional (NESI) y está financiado por la Agencia Vasca de Cooperación al Desarrollo (AVCD).

## **Declaraciones**

### ***Revisión ética***

Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado para participar en esta investigación. Las personas participantes en los FGD dieron su consentimiento por escrito, mientras que los censos y los hombres KII dieron su consentimiento verbal (según sus preferencias) acentuado por su aceptación de participar. Se garantizó a los participantes que su participación se mantendría anónima y que sus nombres no se mencionarían en ningún material de publicación. No se revelaron datos identificativos más allá de la fase de recogida de datos, en la que cada participante recibió un código y los análisis de datos se realizaron sobre esa base. Además, no se ofreció ni prometió a los participantes ninguna compensación económica o de otro tipo. Se obtuvo permiso antes de proceder a la grabación de audio de los FGD y los KII.

### ***Intereses contrapuestos***

El autor declara no tener intereses contrapuestos.

---

## Referencias

- [1] Banco, I. B. (2023). *Lebanon Economic Monitor: In the Grip of a New Crisis*. Banco Mundial.
- [2] CIP. (2023). *ANÁLISIS DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA AGUDA DE LA CIP*. Clasificación integrada de las fases de la seguridad alimentaria.
- [3] McCloskey, S. (2023). *The Impact of Lebanon's Economic Crisis on Palestinian Refugees*. Serie de documentos de trabajo.
- [4] UNRWA. (2022). *Departamento de Salud: Informe anual*. UNRWA.
- [5] Asamblea General de la ONU, *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 18 de diciembre de 1979, Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 1249, p. 13.
- [6] Balinska, M.A., Nesbitt, R., Ghantous, Z. et al. *Salud reproductiva en contextos humanitarios en Líbano e Irak: resultados de cuatro estudios transversales, 2014-2015*. *Confl Health* 13, 24 (2019).
- [7] Mourtada R, Melnikas AJ. *Syrian refugee women's access to family planning services and modern contraception during overlapping crises in Bekaa, Lebanon*. *BMC Womens Health*. 2023 Sep 6;23(1):475. doi: 10.1186/s12905-023-02613-8. PMID: 37674178; PMCID: PMC10481481.
- [8] Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafzur RM. *Pobreza y acceso a la atención sanitaria en los países en desarrollo*. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1136(1):161-71
- [9] Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. *Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries*. *Plan de política sanitaria*. 2012;27(4):288-300 Epub 2011 May 12 PMID: 21565939.
- [10] PNUD. (2022) *Evaluación de las vulnerabilidades en las concentraciones palestinas en Líbano*.
- [11] Ochieng NT, Wilson K, Derrick CJ, Mukherjee N. *The use of focus group discussion methodology: Perspectivas de dos décadas de aplicación en conservación*. *Methods Ecol Evol*. 2018; 9: 20-32.
- [12] *Revista de Obstetricia, Ginecología y Enfermería Neonatal*
- [13] Pieh Holder, Kelly Lynne Do, Ma, Ibcl. *Anticoncepción y lactancia materna*. *Obstetricia y Ginecología Clínica* 58(4):p 928-935, diciembre de 2015.
- [14] Freundl G, Sivin I, Batár I. *Estado actual de los métodos anticonceptivos no hormonales: IV. Natural family planning*. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010 Apr;15(2):113-23.
- [15] Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG)
- [16] Teal S, Edelman A. *Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review*. *JAMA*. 2021 Dic 28;326(24):2507-2518.
- [17] Nohra, MarieAnge. *A Closer Look into Child Marriage*. 2021
- [18] <https://www.unrwa.org/newsroom/official-statements/unrwa%E2%80%99s-lifesaving-aid-may-end-due-funding-suspension>



## Anexos

### Anexo 1- Documento guía del DGF

#### Cuestionario para grupos focales

#### Cuestionario sobre conocimientos y prácticas de planificación familiar

##### إستمارة حول المعرفة والممارسات المتعلقة بتنظيم الأسرة

Este formulario debe leerse al cliente o tutor en su lengua materna. Debe explicarse claramente al beneficiario que puede elegir cualquiera o ninguna de las opciones enumeradas.

Muchas gracias por dedicar su tiempo a rellenar este cuestionario. Este cuestionario está diseñado para proporcionar información sobre nuestro estudio sobre planificación familiar. Completar el cuestionario y el debate que lo acompaña le llevará aproximadamente 45 minutos. Sus respuestas sinceras y detalladas nos ayudarán a hacernos una idea clara de sus percepciones. Los resultados de esta encuesta son confidenciales. Tiene la opción de no responder a las preguntas que desee. La participación o no participación no afectará a su relación con la organización. Si firma la hoja de participación, estará dando su consentimiento.

شكرًا جزيلًا على الوقت الذي قضيته في ملء هذا الاستبيان. تم تصميم هذا الاستبيان لتوفير معلومات عن دراستنا حول موضوع تنظيم الأسرة. سيتطلب الاستبيان والمناقشة حوالي 45 دقيقة لإكمال جميع الأسئلة. ستساعدنا ردودك الصادقة والمفصلة في الحصول على صورة واضحة لهذا التصور. نتائج هذا الاستبيان سرية. لديك خيار عدم الرد على أي أسئلة تختارها. لن تؤثر المشاركة أو عدم المشاركة المشاركة على علاقتك بالجمعية. يعدّ امضاؤك ورقة الحضور بمثابة موافقة على

##### مقدمة الجلسة:

- 1- هل تعرف ما هو تنظيم الأسرة؟ وما هي وسائل منع الحمل؟
- 2- هل سبق واستعملت وسائل منع الحمل؟ أي منها ولأي هدف؟

##### أبعاد الرعاية:

##### 1- التوفر:

- هل تعتبر أن النوع المناسب من الرعاية متوفر لمن يحتاجون إليها، مثل ساعات العمل وأوقات الانتظار التي تلبى متطلبات طالبي الرعاية، وكذلك وجود النوع المناسب من مقدمي الخدمة والمواد؟
  - هل تعرف ما هي الخدمات المتوفرة في هذا الإطار وكيفية الحصول عليها؟
  - ما هي مصادر معلوماتك حول موضوع تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بشكل عام؟
  - هل تعرف كيفية استخدام وسائل منع الحمل السليمة وما هي أعراضها الجانبية؟
- 2- إمكانية الوصول الجغرافي - هل تعد المسافة أو وقت السفر من نقطة تقديم الخدمة إلى المستخدم عائقاً أو مسهلاً؟

3- امكانية الوصول المالي - هل تعد العلاقة بين أسعار أو كلفة الخدمات واستعداد المستخدمين وقدرتهم على الدفع مقابل هذه الخدمات، فضلاً عن الآثار المالية للتكاليف الصحية عائقاً أو مسهلاً؟

4- القبول:

- ما مدى استجابة مقدمي الخدمات الصحية لطالبي هذه الخدمة؟
- ما هي التوقعات الاجتماعية والثقافية للمستخدمين الأفراد والمجتمعات؟
- هل تملك القرار حول الحمل ومواضيع الصحة الإنجابية وحدك أم تتشاركها؟ مع من؟

### Introducción de la sesión:

- 1- ¿Sabes qué es la planificación familiar? ¿Y qué son los anticonceptivos?
- 2- ¿Has utilizado alguna vez métodos anticonceptivos? ¿Cuáles y con qué finalidad?

### Dimensiones de cuidado:

#### Disponibilidad:

- ¿Considera que se ofrece el tipo adecuado de asistencia a quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como el tipo adecuado de proveedores de servicios y materiales?
- ¿Sabe qué servicios hay disponibles en este contexto y cómo conseguirlos?
- ¿Cuáles son sus fuentes de información sobre el tema de la planificación familiar y la salud reproductiva en general?
- ¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?

Accesibilidad geográfica: ¿la distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de servicio hasta el usuario es un obstáculo o un facilitador?

Accesibilidad financiera - ¿Es la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de pago de los usuarios por estos servicios, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios, un obstáculo o un facilitador?

#### Aceptabilidad:

- ¿En qué medida responden los proveedores de servicios sanitarios a quienes los solicitan?
- ¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?

- 
- ¿Toma usted sola la decisión sobre el embarazo y las cuestiones de salud reproductiva o comparte ese proceso de toma de decisiones con alguien? En caso afirmativo, ¿con quién?

## Anexo 2- Transcripción de los DGF

### Transcripción y traducción de grupos focales

**1-Asentamiento:** Shabriha

**Destinatarios:** mujeres beneficiarias

**Número de participantes:** 6

**Date:**

#### Introducción:

##### 1. ¿Sabe lo que significa la planificación familiar?

**Participante 3:** Planificación familiar significa que no debes quedarte embarazada muchas veces, y que debe haber un cierto periodo de tiempo entre embarazos y también significa cuidar de los niños.

**Participante 6:** Salud general de la mujer. Significa utilizar métodos anticonceptivos, pero, por supuesto, tanto la mujer como su marido deben estar de acuerdo.

**Participante 1:** Significa cuidar de la familia y dar a tus hijos sus derechos. Si tienes muchos hijos, no puedes permitirles una vida digna.

##### ¿Puede nombrar varios métodos anticonceptivos?

**Participante 2:** Hay DIU, preservativos, píldoras anticonceptivas, inyecciones, supositorios.

**Participante 4:** DIU, preservativos para los hombres, inyección, supositorios. La inyección es cada 6 meses, creo.

**Participante 3:** DIU, preservativos, cápsulas, inyecciones, supositorios. Creo que hay más, pero no me acuerdo.

##### 2. ¿Ha utilizado alguna vez algún método anticonceptivo?

**Participante 1:** Nunca he utilizado ningún método anticonceptivo

**Participante 2:** DIU y después píldoras

**Participante 3:** DIU

**Participante 5:** DIU y píldoras

**Participante 4:** pastillas, pero me hacían estar constantemente enfadada y nerviosa. Realmente te conviertes en otra persona con esas pastillas, solía pegar a mi hijo por culpa de ellas.

##### ¿Por qué razón los utilizó?

---

**Participante 3:** Poder dar a los niños sus derechos y permitirles una vida digna.

**Participante 4:** Para nosotras, nuestro cuerpo necesita descansar. Sé que nuestro cuerpo pierde vitaminas durante el embarazo y necesita tiempo para recuperarse.

**Participante 1:** Creo que está prohibido, si tu cuerpo no puede soportar el embarazo, no te quedarás embarazada. Yo nunca los he usado.

### **Dimensiones de la atención:**

#### **1. Disponibilidad**

- a. **¿Considera que se dispone del tipo adecuado de asistencia para quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como la disponibilidad del tipo adecuado de proveedores de servicios?**

**Participante 3:** En la clínica del UNRWA en no hay métodos anticonceptivos. Así que nos remiten a la clínica de AL Buss, que está muy lejos. Además, la clínica sólo abre dos días a la semana. Y el PARD no abre todos los días, así que no tenemos acceso a la atención médica siempre que queremos. Y las mujeres embarazadas necesitan acceso diario en caso de emergencia.

**Participante 1:** No, son maleducados, en la Organización Amel no nos tratan bien.

**Participante 6:** Vamos a la clínica de PARD y a la Asociación Amel, no todo está disponible en ambas clínicas, pero al menos el médico y la matrona de PARD no son groseros con nosotros.

**Participante 3:** Sí, como sirios sólo tenemos acceso a Amel y PARD. PARD es totalmente gratuito, pero la asociación Amel no siempre nos da servicios gratis.

**Participante 2:** No todo está disponible y si queremos comprar una vitamina o un medicamento, es caro.

**Participante 4:** Por ejemplo, en la clínica de PARD no entendemos realmente todo lo que nos dice el médico. No entendemos su acento.

- b. **¿Sabe de qué servicios dispone y cómo acceder a ellos?**

**Participante 2:** En la Organización Amel a veces tienen algunos medicamentos y métodos anticonceptivos y a veces no. Una vez fui a que me pusieran un DIU y me dijeron que costaba 100 dólares. Si pudiera pagar 100 dólares, iría a una clínica privada.

**Participante 3:** En el UNRWA hay todos los métodos anticonceptivos (píldoras, preservativo, DIU). Pero a veces no están disponibles y nos remiten a la clínica de Al Buss. Además, si queremos hacernos una ecografía, no está disponible en la clínica de Al Shabriha, así que tenemos que esperar a que abra la clínica de Al Shabriha para que nos remitan a la clínica de Al Buss.

**Participante 5:** También está la clínica PARD, que tiene Eco, revisiones periódicas y algunos medicamentos, pero no todos, así que nos remiten a la clínica del UNRWA o a otra organización, pero esas organizaciones están lejos, así que preferimos comprarlos nosotros mismos. Es mejor que la larga espera y el comportamiento grosero que tienen y el coste del transporte.

- c. **¿Cuáles son sus fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general?**

**Participante 3:** De los programas de televisión y de las conferencias y sesiones de concienciación del PARD. De nuestros vecinos, familiares y amigos.

**Participante 1:** Solía pensar que el DIU no es bueno y que se desliza por el cuerpo hasta llegar al corazón. Oí eso cuando era joven y está prohibido preguntar sobre esas cosas, así que no sabía

---

que no era cierto hasta hace un par de años, cuando el médico me dijo que era una información errónea.

**Participante 2:** de nuestros amigos y vecinos. Y de nuestra propia experiencia

**d. ¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?**

**Participante 6:** Las píldoras me ponen nerviosa, pero no puedo cambiarlas. El médico me dijo que es malo para mí pero no quiero usar otro método. Y está mi marido no puedo hacer nada al respecto debo usar esas pastillas. Sobre todo que se niega a usar condón

**participante 5:** el DIU afecta a la menstruación y hace sangrar

**participante 3:** Todos los métodos tienen efectos secundarios Creo que los métodos naturales son los mejores como contar los días después del periodo menstrual y el método de abstinencia.

**participante 4:** las píldoras te ponen nerviosa y enfadada todo el tiempo y el DIU provoca dolor de espalda y hemorragias

**2. Accesibilidad geográfica - ¿La distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario se considera un obstáculo o un facilitador?**

**participante 1:** Todos están lejos, excepto el dispensario PARD, pero no abre todos los días. Los gastos de transporte son altos y no podemos permitirnoslos siempre.

**Participante 4:** sí, definitivamente es un obstáculo, a veces simplemente tolero el dolor para evitar los gastos de transporte. O espero hasta que la clínica de PARD esté abierta, pero si no tienen los medicamentos que necesito no los compro y no acudo a ninguna otra organización.

**3. Accesibilidad financiera - ¿Se considera una barrera o un facilitador la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios?**

**participante 1:** ¿es realmente una pregunta? Es el principal obstáculo

**participante 4:** Todo es caro. Sí, hay algunas organizaciones que ayudan, pero el transporte a esas organizaciones también es una carga.

**participante 5:** Algunas personas pueden decir que estamos exagerando. Que sí, que podemos pagar esas cosas, pero no con regularidad, y que, si pagáramos esos servicios, privaríamos a nuestros hijos y a nosotros mismos de otras cosas.

**Participante 6:** Es cierto, tenemos otras responsabilidades. No pagamos por nosotros mismos, sólo pagamos por nuestros hijos.

**Participante 3:** Nos ponemos nerviosos cuando dicen que van a cerrar la clínica del UNRWA. Si lo hicieran, nunca podríamos permitirnos ir a una clínica privada. Una mujer embarazada necesita revisiones periódicas. Conozco a una mujer que está embarazada y no va al médico porque cuesta mucho, así que le hablé de PARD y ahora sólo acude a la clínica de PARD, aunque necesite apoyo adicional.

**4. Aceptación**

- 
- a. **¿Hasta qué punto responden los proveedores de asistencia sanitaria a la demanda de este servicio?**  
**Participante 1:** son receptivos, sí, pero son maleducados. Algunas mujeres no van por eso, y se burlan de nosotras porque tenemos muchos hijos, así que dejamos de ir por esos comentarios.  
**Participante 2:** Sí, son receptivos. Especialmente en PARD  
**participante 6:** Tienen un comportamiento muy grosero.  
**participante 3:** En el UNRWA nos hacen ir y venir muchas veces. Así que a veces no volvemos a ir.
- b. **¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?**  
**participante 4:** No, no te apoyan, dicen que los niños serán tu único apoyo cuando seas mayor.  
**participante 5:** sí, se oye eso sobre todo si quieres utilizar un método anticonceptivo después del primer o segundo hijo. Porque piensan que no es suficiente con tener más hijos.  
**participante 3:** Creo que eso pertenece al pasado. Ahora la gente no lo comenta. Al final es mi vida.  
**participante 2:** Nos dirán que se casará con otra mujer. Y es verdad que algunos hombres lo hacen.
- c. **¿Tienes la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre el embarazo y la salud reproductiva, o la compartes? ¿Con quién?**  
**participante 1:** Tanto la mujer como su marido  
**Participante 3:** Es mi elección Yo elijo  
**participante 4:** pero si tu marido insiste en tener 4 o 5 hijos ¿qué puedes hacer? Creo que es su decisión  
**Participante 3:** sí, honestamente no puedo hacer nada al respecto.  
**Participante 5:** Todos sabemos que es decisión suya.

**2- Liquidación:** Sikkeh

**Participantes:** Mujeres beneficiarias

**Número de participantes:** 8

**Date:**

**Introducción:**

**1. ¿Sabes lo que significa planificación familiar?**

**Participante 1:** La verdad es que no lo sé. Sin embargo, si quiero adivinar según el concepto que dice "Planificación familiar", significa todo lo relacionado con mi familia.

**Participante 8:** Significa que debería haber un periodo de tiempo entre embarazos, para que la mujer pueda dar a su cuerpo un descanso para estar sana de nuevo. Además, es mejor para el niño, porque los padres podrán proporcionarle lo suficiente.

**Participante 7:** Creo que significa cómo una mujer puede gestionar su tiempo entre el cuidado de sus hijos y las tareas domésticas.

---

**Participante 6:** Planificación familiar significa que entre cada embarazo debe haber un cierto periodo de tiempo. También significa gestionar su vida entre las responsabilidades que tiene hacia su marido y sus hijos.

### ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?

**Participante 1:** Puedo enumerar varios. Están las píldoras anticonceptivas, la inyección, los preservativos para hombres, los DIU.

**Participante 2:** Píldoras, preservativos para los hombres, inyección anticonceptiva. Además, hay una forma natural entre la mujer y su marido (Método del Retiro)

**Participante 8:** DIU, preservativo, píldoras, supositorios y también hay una forma en la que contamos los días después de nuestro periodo menstrual (Seguimiento del Periodo Menstrual).

**Participante 7:** Píldoras, DIU, capuchones cervicales, es nuevo, creo, y hay inyecciones anticonceptivas.

**Participante 6:** Hay una máquina, es nueva, no sé cómo funciona, he oído hablar de ella. También hay DIU, preservativos, píldoras e inyecciones cada 3 meses, creo.

### 2. ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos?

**Participante 8:** Antes tomaba píldoras anticonceptivas, pero dejé de hacerlo porque me enfadaba constantemente, así que empezamos a utilizar preservativos.

**Participante 1:** He oído que el DIU no es un buen método, así que no lo utilicé. En su lugar, utilicé píldoras, pero no me funcionaron porque me enfadaban constantemente, así que utilicé preservativos. Pero he oído que la inyección anticonceptiva es más segura, así que puede que la use.

**Participante 2:** Usaba pastillas pero engordé, así que ahora uso la inyección

**Participante 3:** Tomaba pastillas, pero me hacían engordar y me ponían constantemente enfadada y nerviosa.

**Participante 4:** Utilicé el DIU porque las píldoras no me funcionaron. Pero algunas mujeres se quedan embarazadas aunque utilicen el DIU. Creo que no es seguro. Además, cuando me extrajeron el DIU y decidí volver a quedarme embarazada, aborté 4 veces.

**Participante 2:** Utilizaba el DIU, pero me hacía sangrar mucho, así que me lo quité en la clínica del UNRWA. Se suponía que era para 2 años y me lo dejaron 3 años.

**Participante 4:** Me pusieron el DIU en la clínica del UNRWA y me dijeron que era para 3 años. Después de 3 años fui a quitármelo y me dijeron que todavía estaba en buenas condiciones y que podía quedármelo, pero me negué.

**Participante 5:** Tomo pastillas aunque me hacen mal, pero no puedo usar otro método.

**Participante 6:** Utilicé el DIU y píldoras

**Participante 7:** Utilicé píldoras, luego me inserté el DIU durante 10 años y me lo quité en la clínica PARD.

### Dimensiones de la atención:

#### 1. Disponibilidad

- a. **¿Considera que se dispone del tipo adecuado de asistencia para quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como la disponibilidad del tipo adecuado de proveedores de servicios?**

**Participante 1:** Desde mi punto de vista, voy a la clínica del UNRWA de Ain al Hilwi, no hay eco, así que te envían a la clínica del UNRWA de Saida. Además, no hay intimidad. Incluso

---

cuando recetan vitaminas para las embarazadas o cualquier medicamento, no está disponible todo el tiempo. Por ejemplo, el ácido fólico no está disponible la mayoría de las veces.

**Participante 4:** Esperamos mucho tiempo. Además, los sábados y domingos están libres.

**Participante 1:** Creo que no se debería restringir el horario de las mujeres embarazadas. Las clínicas sólo están disponibles por la mañana. Una mujer embarazada puede necesitar un médico en cualquier momento, puede sangrar o necesitar cuidados adicionales.

**Participante 2:** El UNRWA presta buenos servicios, pero esperamos mucho tiempo.

**Participante 7:** No hay intimidad. Y los medicamentos no están disponibles todo el tiempo y tenemos que esperar mucho. Si podemos permitirnos ir a una clínica privada es mucho mejor. Participante 5: Tienen buenos servicios, sin embargo, una vez esperé 7 horas para ver al médico y, después de todo ese tiempo, me recetaron un medicamento que no está disponible en la clínica del UNRWA, así que fuimos a comprarlo. Era caro.

**Participante 3:** Antes controlaban a las embarazadas mensualmente. Ahora es cada dos meses. Además, no hay eco ni suficientes medicamentos o vitaminas. Hacen una eco cada 6 meses, eso significa 2 veces sólo durante el embarazo. Además, tengo que añadir algo: en la clínica PARD no hay privacidad, cuando te revisan en un coche, cualquiera puede abrir la puerta, especialmente los niños.

**b. ¿Sabe de qué servicios dispone y cómo acceder a ellos?**

**Participante 6:** La clínica del UNRWA dispone de algunos medicamentos, eco cada 6 meses, algunas pruebas al principio del embarazo y algunos anticonceptivos.

**Participante 1:** En el PARD hay eco y algunos medicamentos y si necesitamos atención adicional, nos remiten al UNRWA.

**Participante 7:** El UNRWA tiene laboratorio, pero son groseros con nosotros. Si hay un bebé que necesita hacerse una prueba, son groseros con él.

**c. ¿Cuáles son sus fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general?**

**Participante 4:** De nuestra experiencia personal o de nuestros vecinos

**Participante 5:** No voy mucho a la clínica. Fui una vez cuando estaba embarazada y me dijeron que no debería haber estado embarazada porque perdería los dientes y así fue.

**Participante 2:** De familiares y amigos y de conferencias

**Participante 6:** Solía estudiar enfermería, así que tengo conocimientos sobre estas cosas. Además, asisto a las conferencias y sesiones de sensibilización de PARD.

**Participante 8:** De la clínica del UNRWA, de vecinos y familiares y de programas de televisión.

**d. ¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?**

**Participante 2:** Las pastillas hacen que te enfades fácilmente y afectan al periodo menstrual. Sin embargo, la inyección no tiene efectos secundarios, aunque puede afectar un poco al periodo menstrual, pero es muy buena.

**Participante 3:** En la clínica nos informan sobre los efectos secundarios del método anticonceptivo que utilizamos. Y nos informan de cómo utilizarlo.



---

**Participante 6:** El DIU afecta al feto si quieres volver a quedarte embarazada y tenemos que revisarlo cada año.

**Participante 4:** Sí, sabemos cómo utilizarlos

**2. Accesibilidad geográfica - ¿La distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario se considera un obstáculo o un facilitador?**

**Participante 6:** Solía ir a la clínica de la UNRWA en Saida, pero después de los elevados gastos de transporte trasladé mis papeles a la clínica del campamento de Ain al Hilwi y entonces empezaron los enfrentamientos. Ahora no voy a ninguna de las dos, la clínica de Ain Al Hilwi está más cerca de nosotros pero no es segura.

**Participante 5:** Está lejos, así que vamos a la clínica PARD, pero a veces, cuando necesitamos atención adicional para nuestros hijos, por ejemplo, vamos a la clínica UNRWA, pero los gastos de transporte son elevados.

**Participante 3:** Está lejos, no puedo ir por los gastos de transporte. Es mejor que vaya a una farmacia cercana.

**Participante 4:** En invierno es difícil ir a las clínicas. En la clínica PARD tenemos que esperar mucho tiempo porque hay mucha gente y no hay sitio adecuado para esperar. En verano podemos esperar en cualquier sitio o podemos ir andando a la clínica del UNRWA.

**3. Accesibilidad financiera - ¿Se considera una barrera o un facilitador la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios?**

**Participante 8:** No, no podemos permitirnos esos servicios todo es caro como el calcio y el magnesio no podemos permitirnoslos.

**Participante 6:** por supuesto, es un obstáculo. Aunque paguemos por servicios muy necesarios, nos privamos de otras cosas

**Participante 3:** No hacemos muchas cosas porque son caras. Por ejemplo, posponemos algunas pruebas necesarias para poder pagar otras cosas. Y, por supuesto, esto afecta negativamente a nuestra salud.

**4. Aceptación:**

**a. ¿Hasta qué punto responden los proveedores de asistencia sanitaria a la demanda de este servicio?**

**Participante 2:** Nos lo ponen complicado; vamos muchas veces a la clínica del UNRWA para que acepten

**Participante 1:** En la clínica de PARD son receptivos. Sin embargo, en el UNRWA son groseros, pueden ser receptivos pero no sonrían cuando nos ayudan.

**Participante 3:** Nos piden que vayamos a la clínica la semana siguiente y lo hacen 3 ó 4 veces. Si estás enfermo y te dicen que vuelvas, dejas de ir.

**Participante 4:** Y si tienen que firmarnos unos papeles, tardan una eternidad.

**Participante 8:** En la clínica del UNRWA son maleducados. En el PARD son receptivos, pero no tienen todos los métodos. Puede que necesitemos el DIU y no lo tengan.

**Participante 5:** Quiero añadir algo, si necesitan nuestro DNI nos piden que vayamos a otro sitio para copiarlo. A veces es muy temprano por la mañana y no hay ninguna impresora

---

abierta a esa hora. Son maleducados, si quieres hacer algo decides no hacerlo por ellos, aunque sea necesario. PARD es bueno pero no todos los servicios están disponibles allí.

**b. ¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?**

**participante 1:** depende de la familia

**participante 4:** A veces empiezan a hacer comentarios negativos.

**participante 5:** en cuanto el niño cumple 2 años, empiezan a pedirte que vuelvas a quedarte embarazada.

**c. ¿Tienes la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre el embarazo y la salud reproductiva, o la compartes? ¿Con quién?**

**Participante 1:** Mi marido y yo, pero si insiste en tener más hijos, no puedo negarme.

**Participante 5:** Yo tomo la decisión

**Participante 6:** Es mi opinión, al fin y al cabo es mi cuerpo.

**Participante 4:** Es su decisión. No nos mintamos

**Participante 3:** Estoy en contra de cualquiera que utilice métodos anticonceptivos. Si estás en una buena situación económica, sigue teniendo hijos.

## Anexo 3- Transcripción de las entrevistas

### Entrevista individual

#### Hombre 1

**Liquidación:** Sikki

**Date:** Feb 2024

#### Introducción:

**1. ¿Sabes lo que significa planificación familiar?**

Significa una familia en la que todos cooperan y se entienden.

**¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?**

Hay muchos métodos, como las píldoras anticonceptivas, el preservativo y las operaciones que pueden hacerse tanto a hombres como a mujeres.

**3. ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos?**

No

#### Dimensiones de la atención:

---

## 5. Disponibilidad

- a. **¿Considera que se dispone del tipo adecuado de asistencia para quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como la disponibilidad del tipo adecuado de proveedores de servicios?**

No todo el tiempo. Por ejemplo, si una mujer trabaja, no puede ir a la clínica porque sólo abre por la mañana. Entonces se ve obligada a tomarse el día libre porque va a esperar todo el día en la clínica. Pero sí, creo que siempre hay una doctora o una comadrona, así que no hay problema.

**¿Y los hombres? ¿Reciben el tipo de atención adecuado?**

Los hombres no suelen ir tanto como las mujeres por estos motivos.

- b. **¿Sabe de qué servicios dispone y cómo acceder a ellos?**

Algunas ONG proporcionan preservativos o píldoras anticonceptivas. Eso es lo que sé.

- c. **¿Cuáles son sus fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general?**

De Internet, de mi familia. Oigo información de aquí y de allá. No hay ningún recurso específico.

- d. **¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?**

Sí, las píldoras anticonceptivas te las tomas como un medicamento. Y sé cómo se usan los preservativos.

Sé que las píldoras tienen efectos secundarios en el periodo y que te enfadan y te ponen nerviosa. Afecta a las hormonas femeninas en general.

## 6. Accesibilidad geográfica - ¿La distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario se considera un obstáculo o un facilitador?

Sí, la clínica del UNRWA en Ain Al Hilwi no es segura debido a los enfrentamientos ocurridos recientemente, pero aparte de eso no es un problema. Pero la clínica móvil es mejor porque está cerca de nuestras casas.

## 7. Accesibilidad financiera - ¿Se considera una barrera o un facilitador la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios?

Es un problema para algunas personas. No para todos. La clínica del UNRWA está disponible y ofrece algunos servicios, y la clínica del PARD también. Es un obstáculo, pero no el principal.

## 8. Aceptación:

- a. **¿Hasta qué punto responden los proveedores de asistencia sanitaria a la demanda de este servicio?**

---

Te dan consejos sobre qué hacer y qué no hacer

**b. ¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?**

Empiezan a pensar que no puedes tener hijos. Y presionan tanto al hombre como a la mujer, pero creo que las parejas deberían poner límites a esas personas. Nadie debe interferir en la vida personal de los demás.

**c. ¿Tienes la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre el embarazo y la salud reproductiva, o la compartes? ¿Con quién?**

La decisión es para el hombre seguro. En nuestra sociedad es el hombre quien decide. Creo que debería ser una decisión mutua pero no lo es

## Hombre 2

**Liquidación:** Maashouk

**Date:** Feb 2024

### Introducción:

**1. ¿Sabes lo que significa planificación familiar?**

Significa gestionar las necesidades de su familia.

**¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?**

Píldoras anticonceptivas, preservativos, y hay operaciones que las mujeres y los hombres pueden hacer

**4. ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos?**

No. Pero utilizo el método de seguimiento del ciclo menstrual. Es el método más seguro y eficaz.

**¿Por qué razón utiliza este método?**

Porque el cuerpo de la mujer debe descansar. Pierde vitaminas y no puede ocuparse de dos bebés al mismo tiempo. Pero en cuanto el bebé empieza a andar, decidimos tener otro.

### Dimensiones de la atención:

**9. Disponibilidad**

**a. ¿Considera que se dispone del tipo adecuado de asistencia para quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como la disponibilidad del tipo adecuado de proveedores de servicios?**

Sí, la clínica del UNRWA ofrece algunos servicios. Yo no voy al UNRWA, voy a un médico privado porque el tiempo no es el adecuado y si vas al UNRWA tienes que esperar mucho tiempo.

**b. ¿Sabe de qué servicios dispone y cómo acceder a ellos?**

---

Sí, la clínica del UNRWA ofrece muchos servicios relacionados con la salud reproductiva. Pero, como ya he dicho, hay que esperar mucho tiempo y, a veces, te piden que vuelvas otra vez. Por eso voy a una clínica privada.

**c. ¿Cuáles son sus fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general?**

De mi educación. Recuerdo que lo aprendimos en la escuela secundaria. Yo estudiaba ciencias de la vida, así que nos enseñaron todo sobre la salud reproductiva. También conozco información de la gente que me rodea y de mi mujer.

**d. ¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?**

Creo que el preservativo es el único método que no tiene efectos secundarios. Sin embargo, el DIU afecta al periodo menstrual de la mujer y, posteriormente, al embarazo. También existe el método de seguimiento del periodo menstrual, creo que es el mejor.

**10. Accesibilidad geográfica - ¿La distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario se considera un obstáculo o un facilitador?**

No, no es un obstáculo para mí. No acudo al UNRWA ni a ninguna otra organización, como le he dicho, sino a una clínica privada.

**11. Accesibilidad financiera - ¿Se considera una barrera o un facilitador la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios?**

Todo es gratis en la clínica del UNRWA. Así que no es una barrera. Quiero decir que la gente que quiera esos servicios y no pueda permitírselos puede ir a la clínica del UNRWA. Creo que los servicios de las clínicas privadas son mejores y que el seguimiento es mejor. Pero aun así, no está tan mal en el UNRWA. Lo único malo es que hay que esperar mucho, así que si la mujer tiene dolor no puede esperar y si tiene trabajo, no puede ir.

**12. Aceptación:**

**a. ¿Hasta qué punto responden los proveedores de asistencia sanitaria a la demanda de este servicio?**

Sí, responden. Una vez me dijeron que el DIU no es bueno después del primer embarazo. Así que también dan consejos.

**b. ¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?**

Es una decisión privada en la que nadie debe interferir. Puede que la familia de ella y la de él ejerzan presión, pero yo sólo tengo que decirles que es nuestra decisión.

**c. ¿Tienes la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre el embarazo y la salud reproductiva, o la compartes? ¿Con quién?**

---

Tanto el hombre como la mujer toman esta decisión. Pero sí, a veces el hombre es el único que decide al respecto.

### Hombre 3

**Liquidación:** Jal Elbahr

**Date:** Feb 2024

#### Introducción:

**1. ¿Sabes lo que significa planificación familiar?**

Significa que debes hacer pausas entre cada embarazo para que el cuerpo de la mujer pueda descansar

**¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?**

DIU, anticonceptivos, píldoras y método de abstinencia

**5. ¿Ha utilizado alguna vez métodos anticonceptivos? ¿Y por qué motivo?**

Sí, después de 4 hijos mi mujer empezó a tener problemas cardíacos así que empezó a tomar píldoras anticonceptivas. Si eso no ocurriera, seguiría teniendo hijos.

#### Dimensiones de la atención:

##### 13. Disponibilidad

**a. ¿Considera que se dispone del tipo adecuado de asistencia para quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como la disponibilidad del tipo adecuado de proveedores de servicios?**

Sí, todo es adecuado excepto las horas de espera. Puedes esperar 4 o 5 horas si quieres ver al médico. Aparte de eso, es adecuado.

**b. ¿Sabe de qué servicios dispone y cómo acceder a ellos?**

UNRWA proporciona algunos servicios y hay una clínica PARD. En la clínica PARD hay píldoras anticonceptivas, preservativos y eco. En el UNRWA hay píldoras, preservativos, DIU y eco. Además, en el pasado algunos hospitales públicos ofrecían algunos servicios, pero ahora han dejado de hacerlo.

**c. ¿Cuáles son sus fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general?**

Trabajo en una ONG, así que conozco alguna información de allí. Además, escucho a mi mujer y a mis hijas hablar de esos temas

**d. ¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?**

El preservativo es mejor que otros métodos, porque las píldoras afectan a las hormonas del cuerpo de la mujer y repercuten en el embarazo posterior. Y las operaciones están prohibidas

---

**14. Accesibilidad geográfica - ¿La distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario se considera un obstáculo o un facilitador?**

No, no hay ningún problema.

**15. Accesibilidad financiera - ¿Se considera una barrera o un facilitador la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios?**

Sí, es un obstáculo si no existiera el UNRWA y no hubiera ONG que prestaran algunos servicios, sería un problema enorme que nadie pudiera permitirse clínicas privadas.

**16. Aceptación:**

**a. ¿Hasta qué punto responden los proveedores de asistencia sanitaria a la demanda de este servicio?**

Antes había negligencia. Pero ahora te dan lo que quieras y te aconsejan

**b. ¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?**

La sociedad no acepta que dejes de tener hijos. Quizá acepten que utilices métodos anticonceptivos durante cierto tiempo, pero no que dejes de tener hijos por completo. Está prohibido.

**c. ¿Tienes la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre el embarazo y la salud reproductiva, o la compartes? ¿Con quién?**

La decisión es del hombre. Para empezar, él se casa para tener hijos, así que la mujer no puede negarse a tener más hijos si el hombre quiere.

**Hombre 4**

**Liquidación:** Qasmieh

**Date:** Feb 2024

**Introducción:**

**1. ¿Sabes lo que significa planificación familiar?**

Creo que significa planificar tu vida según tus habilidades y capacidad

**¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?**

Preservativos, DIU, píldoras, creo que hay píldoras tanto para hombres como para mujeres. Y hay algo nuevo de lo que he oído hablar hace poco, que es como una pulsera que te pones alrededor del brazo. No sé si es verdad o no.

---

**6. ¿Has utilizado alguna vez métodos anticonceptivos? ¿Por qué motivo?**

Sí, utilizamos el DIU, pero a mi mujer no le funcionó y se lo quitó al cabo de unas semanas. No podemos utilizar píldoras porque no son adecuadas para ella. La verdad es que no me fío de esos métodos. He oído que muchas mujeres se han quedado embarazadas incluso con esos métodos. Estamos siguiendo los métodos conductuales y hasta ahora nos están funcionando.

Los usamos para poder permitirnos una vida decente para los niños. Además, necesitamos descansar, mi mujer y yo no podemos seguir teniendo hijos.

**Dimensiones de la atención:**

**17. Disponibilidad**

- a. ¿Considera que se dispone del tipo adecuado de asistencia para quienes la necesitan, como horarios y tiempos de espera que se ajusten a las necesidades de los solicitantes, así como la disponibilidad del tipo adecuado de proveedores de servicios?**

No, a veces me tomo un día libre para ir con mi mujer al médico. No puedo hacerlo todo el tiempo y ella no puede ir sola. Y en cuanto al tipo de proveedores de servicios, a veces es un reto para la mujer, y viceversa.

- b. ¿Sabe de qué servicios dispone y cómo acceder a ellos?**

Está la clínica del UNRWA, tienen píldoras y hacen inserción de DIU y tienen preservativos, creo. También hacen Eco para mujeres embarazadas y cuidan del niño después del nacimiento y le dan todas las vacunas que necesita.

- c. ¿Cuáles son sus fuentes de información sobre planificación familiar y salud reproductiva en general?**

De Internet, de artículos, de programas de televisión y de lo que aprendemos en la escuela.

- d. ¿Sabes cómo utilizar correctamente los anticonceptivos y cuáles son sus efectos secundarios?**

No, no lo sé. Soy consciente de que el DIU causa dolor de espalda. Ya está.

**18. Accesibilidad geográfica - ¿La distancia o el tiempo de desplazamiento desde el punto de prestación del servicio hasta el usuario se considera un obstáculo o un facilitador?**

No es un problema para mí

**19. Accesibilidad financiera - ¿Se considera una barrera o un facilitador la relación entre los precios o el coste de los servicios y la voluntad y capacidad de los usuarios para pagarlos, así como las implicaciones financieras de los costes sanitarios?**

Claro. Es una barrera principal. Pero yo pagaría por ello. Es mejor que pagar después por algo mucho mayor, como la responsabilidad de un hijo o incluso problemas de salud complicados.

**20. Aceptación:**

- a. ¿Hasta qué punto responden los proveedores de asistencia sanitaria a la demanda de este servicio?**



---

Son receptivos. Los médicos te aconsejan y te dan lo que conviene

**b. ¿Cuáles son las expectativas sociales y culturales de los usuarios individuales y las comunidades?**

No hablamos de esas cosas delante de nadie, es un tema privado. No me importan las expectativas de nadie, es mi familia y mi responsabilidad, no la suya.

**c. ¿Tienes la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre el embarazo y la salud reproductiva, o la compartes? ¿Con quién?**

No, no es una decisión única. Tanto el hombre como la mujer deciden si quieren tener un hijo o no.