



Trabajo Fin de Máster
Master Amaierako Lana
Curso 2024/2025 Ikasturtea

La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria:

Interseccionalidad de vulnerabilidades
a través de un estudio piloto
sobre la esquistosomiasis

Haizea Prados

Tutoría / Tutorea
Amaia Izaola Argüeso

Esta publicación ha recibido financiación de eLankidetzta - Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad.
Argitalpen honek eLankidetzta - Garapenerako Lankidetzaren Euskal Agentziaren finantziazioa jaso du.



LANKIDETZARAKO ETA
ELKARTASUNERAKO
EUSKAL AGENTZIA
AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN Y
SOLIDARIDAD



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

Máster Universitario en Desarrollo y Cooperación Internacional /
Garapena eta Nazioarteko Lankidetzta Univertsitate Masterra

Trabajo Fin de Máster / Master Amaierako Lana
Curso 2024/2025 Ikasturtea

**La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria:
Interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis**
Haizea Prados

Tutoría / Tutorea: Amaia Izaola Argüeso
Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 124 / Master Amaierako Lanak, 124. zkia.

Fecha de publicación: noviembre de 2025
Argitalpen data: noviembre de 2025



Hegoa
Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetzta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua

www.hegoa.ehu.eus
hegoa@ehu.eus

EHU
Zubiria Etxea
Lehendakari Agirre, 81
48015 **Bilbao**
Tel. (34) 94 601 70 91

EHU
Koldo Mitxelena Biblioteca
Nieves Cano, 33
01006 **Vitoria-Gasteiz**
Tel. (34) 945 01 42 87

EHU
Carlos Santamaría Zentroa
Elhuyar Plaza, 2
20018 **Donostia-San Sebastián**
Tel. (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
Agiri hau Aitortu-EzKomertziala-PartekatuBerdin 4.0 Nazioartekoa (CC BY-NC-SA 4.0) Creative Commons-en lizentziapean dago.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Formulación y justificación de la temática	1
1.2. Objetivos de investigación y abordaje metodológico	4
1.3. Estructura general del trabajo	5
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Interseccionalidad y feminismo africano: un nexo decolonial	8
2.2. La triple interseccionalidad de las mujeres rurales africanas: etnia, género y ruralidad	10
2.2.1. Habitar la etnia	10
2.2.2. Habitar como mujer.....	13
2.2.3. Habitar la ruralidad	17
2.3. El Sistema de Cooperación Internacional al Desarrollo desde la teoría de la dependencia.....	20
3. MARCO EPIDEMIOLÓGICO	24
3.1. Enfermedades tropicales desatendidas.....	24
3.2. Esquistosomiasis	29
3.2.1. Ciclo de vida	30
3.2.2. Presentaciones clínicas.....	32
3.2.3. Tratamiento	34
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
4.1. Incidencias en la investigación	39
5. ESTUDIO DE CASO: LA ESQUISTOSOMIASIS EN NIGERIA	40
5.1. Contexto histórico de Nigeria: colonialismo y fragmentación geográfica	40
5.2. Género y determinantes sociales de la esquistosomiasis	46
5.2.1. Cultura y servicios básicos: diferencias Norte-Sur y urbano-rural	46
5.2.2. Influencia de los roles de género en la exposición y tratamiento de la esquistosomiasis.....	51
5.2.3. Esquistosomiasis genital femenina y exclusión comunitaria	54
5.3. Percepción sobre la efectividad de los modelos actuales de intervención de la esquistosomiasis en Nigeria	58
5.3.1. Exclusión de grupos vulnerables.....	58
5.3.2. Infraestructura y financiación limitadas	61
5.3.3. Crisis ambiental: agua, saneamiento e higiene.....	64
5.3.4. Dependencia externa	67
6. CONCLUSIONES.....	72

7. BIBLIOGRAFÍA.....	78
8. ANEXOS.....	97
ANEXO 1. Informe del Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos (CEISH-UPV/EHU)	97
ANEXO 2. Mapeo de las entidades relacionadas con la esquistosomiasis en Nigeria.....	98
ANEXO 3. Email enviado a las asociaciones para la invitación a la participación, se presenta en los dos idiomas, castellano e inglés.	110
ANEXO 4. Tabla descriptiva de los participantes de las entrevistas y detalles de las mismas	112
ANEXO 5. Documento de Consentimiento Informado (DCI) para las entrevistas semiestructuradas, se presenta en los dos idiomas, castellano e inglés.....	113
ANEXO 6. Guion de las entrevistas semiestructuradas, se presenta en los dos idiomas, castellano e inglés.....	119
ANEXO 7. Documento de Consentimiento Informado (DCI) para los cuestionarios, se presenta en los dos idiomas, castellano y hausa.	131
ANEXO 8. Guion de los cuestionarios, se presenta en los dos idiomas, castellano y hausa.	137

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Formulación y justificación de la temática

Durante los últimos años, la relación entre el medio ambiente y la salud ha entrado con gran fuerza en el debate académico, situándose como un eje fundamental para la comprensión de las realidades sociales. El rápido avance del cambio climático ha generado la emergencia de nuevas enfermedades infecciosas que se presentan como una situación crítica para las poblaciones más vulnerables (Liao *et al.*, 2024). Un ejemplo paradigmático de este fenómeno fue la pandemia, que aún cinco años después mantiene un impacto profundo no solo en la manera en que nos relacionamos, sino también en el diseño y las dinámicas de la política sanitaria global. Esta crisis puso en evidencia la fragilidad de las infraestructuras de salud y las profundas desigualdades que determinan quién accede a la atención, con qué recursos y bajo qué lógicas de poder (De Montalvo y Bellver, 2020; Batthyány, 2021). Pero sobre todo subrayó la importancia de considerar la salud como un derecho humano, resaltando la necesidad de garantizar un acceso universal, digno y equitativo a la atención médica (Van Hout y Wells, 2021).

Sin embargo, con el paso del tiempo, ese impulso transformador que parecía surgir en los primeros meses de la pandemia se ha ido apagando. La crisis financiera que trajo consigo, ha desencadenado un abanico de tensiones que confluyen en una situación donde la salud se percibe cada vez menos como un derecho y más como un privilegio (Smith y Judd, 2020; Bamba, 2025). En lugar de aprovechar la oportunidad para una reforma profunda, las respuestas estatales en materia de salud, en su mayoría, se han apoyado en la tendencia regresiva que impera en las narrativas políticas actuales, dando un repliegue hacia los intereses nacionales, la prioridad de la recuperación económica por encima de cambios estructurales, y la omisión de cualquier cuestionamiento profundo al orden global (Bamba, 2025).

En este contexto, el *Sistema de Cooperación Internacional al Desarrollo*, y en concreto su rama de salud, ha mostrado diversas limitaciones. Pese a los discursos sobre su transformación y a los intentos por incorporar perspectivas más críticas, en la práctica, estas reformas siguen siendo marginales. La ayuda internacional continúa organizada

desde una geografía de la necesidad, donde las enfermedades se concentran en los *otros* territorios (Moyo, 2009; Kabonga, 2016). Así, el Sur Global permanece inscrito en una narrativa que lo presenta como espacio de carencia, donde la enfermedad es endémica, la infraestructura insuficiente y la solución externa (Escobar, 2007).

En el caso de África subsahariana, esta dependencia estructural de ayuda externa global sigue siendo uno de los principales factores que perpetúan un ciclo de pobreza (Moyo, 2009). Las enfermedades que afectan prioritariamente a sus poblaciones son catalogadas como problemas locales y, por tanto, desplazadas de las prioridades de los países dominantes y de la inversión farmacéutica internacional (Kabonga, 2016; Hotez *et al.*, 2020). Este abandono evidencia, además, un sesgo epistémico profundamente arraigado. Las voces africanas siguen excluidas de los debates que las afectan directamente, mientras que el conocimiento producido en el Norte global monopoliza las agendas de salud (Moyo, 2009).

Es así como el caso de la pandemia ha evidenciado que es únicamente cuando las enfermedades afectan a las poblaciones occidentales cuando la cuestión sanitaria se reconoce como fundamental para el bienestar social. Mientras tanto, existen patologías históricas que desde hace siglos golpean a las periferias del mundo y cuya asociación con la pobreza ha naturalizado su persistencia. Este es el caso de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD), unas enfermedades que afectan a cientos de millones de personas y, aun así, reciben una atención desproporcionadamente baja en investigación y financiación (Alvar y Pécoul, 2014). Esto se debe a que su continuidad no responde a su complejidad biomédica, sino a su fuerte vínculo con la pobreza y la marginación geográfica (Hoefle-Bénard y Salloch, 2024; Mackey *et al.*, 2014).

La esquistosomiasis, una de las ETD más prevalentes a nivel mundial, representa una gran oportunidad para investigar cómo se produce y sostiene esta indiferencia estructural. Se estima que afecta anualmente a más de 240 millones de personas, concentrándose de forma abrumadora en el África subsahariana (Ally *et al.*, 2024; Ekloh *et al.*, 2024). Nigeria, a pesar de poseer significativos recursos económicos y demográficos, cuenta con más de 34 millones de casos anuales, siendo el país con mayor carga de esquistosomiasis en el mundo (World Health Organization [WHO], 2023a). Esta paradoja en la que conviven una altísima prevalencia de la afección y un país formalmente rico en recursos, no puede entenderse desde variables técnicas o meramente biomédicas. La persistencia

de la esquistosomiasis en Nigeria se entrelaza con desigualdades históricas, lógicas de intervención asistencialista y profundas brechas territoriales.

Es por ello por lo que el caso de la esquistosomiasis en Nigeria permite abordar una posición esencial en la producción académica contemporánea, la interseccionalidad. Una cuestión que investiga la interacción de diferentes aspectos de marginalización que establecen que el impacto de la enfermedad esté concentrado especialmente en mujeres de zonas empobrecidas, alejadas de los centros de poder político y económico (Ssali *et al.*, 2023). Su exposición diaria al agua contaminada se combina con una menor autonomía económica, restricciones a la movilidad y una posición subordinada dentro de los sistemas de salud (Yusuf *et al.*, 2022; Ssali *et al.*, 2023).

La cuestión de género dentro de los estudios sobre la esquistosomiasis ha sido abordada en su gran mayoría desde un marco epidemiológico y biológico. En este sentido, la literatura existente se ha centrado en medir la intensidad y la prevalencia de la enfermedad (Alsaafin, 2024; Ngui *et al.*, 2024; Tiruneh *et al.*, 2024; Gyang *et al.*, 2025; Ayabina *et al.*, 2021), así como en analizar las manifestaciones fisiológicas diferenciadas según el sexo (Gebremedhin *et al.*, 2025; Ndiour *et al.*, 2024; Sturt *et al.*, 2025; Randrianasolo *et al.*, 2024; Kasprowicz *et al.*, 2025; Ally *et al.*, 2025; Okoroafor *et al.*, 2024). Si bien estas investigaciones han resultado necesarias para comprender los patrones biomédicos de la esquistosomiasis, su alcance es limitado pues omiten con frecuencia la dimensión social y contextual que resulta imprescindible para captar la complejidad de la problemática en su totalidad.

Dentro del conjunto de investigaciones, únicamente los estudios sobre la esquistosomiasis genital femenina han comenzado a considerar factores sociales y culturales como la religión, la ocupación laboral y los roles de género (Aribodor *et al.*, 2024; Wambui *et al.*, 2024; Yusuf *et al.*, 2022; Pillay *et al.*, 2024; Masong *et al.*, 2024; Feldmeier *et al.*, 1995). Sin embargo, resultan incompletos, ya que en limitadas ocasiones son analizados de forma interseccional, y tampoco problematizan los orígenes históricos de los modelos de género que configuran y perpetúan dichas desigualdades en el ámbito rural. La ruralidad, como condición estructural que atraviesa de manera decisiva la experiencia sanitaria de las mujeres, apenas ha sido estudiada de manera crítica. Por otro lado, no se han encontrado estudios que enfatizen la atención al papel que desempeña el sistema de

cooperación internacional en salud en la configuración de la respuesta sanitaria frente a la esquistosomiasis.

El presente estudio se propone abordar estas ausencias desde una perspectiva decolonial, entendiendo que la cuestión de género en la esquistosomiasis no puede reducirse a un déficit de recursos o a la existencia de roles de género rígidos, sino que debe situarse en el marco más amplio de las herencias históricas, políticas y económicas que han configurado las estructuras sociales actuales en Nigeria. La diversidad de las mujeres rurales nigerianas es tan vasta que exige investigaciones centradas en su inclusión dentro del imaginario feminista. Porque el feminismo no es únicamente una postura teórica, sino que es también una opción política activa y comprometida, donde la producción del conocimiento debería de estar intrínsecamente ligada a la subversión epistémica¹.

1.2. Objetivos de investigación y abordaje metodológico

Desde esta posición enunciativa, el presente estudio tiene como objetivo principal explorar las formas en que se construyen y transmiten las experiencias de mujeres y hombres afectados por la esquistosomiasis en comunidades rurales de Nigeria, a partir de los testimonios de las entidades que trabajan con la enfermedad, para tratar de identificar diferencias en las consecuencias sociales, económicas y culturales de la esquistosomiasis, así como las dinámicas estructurales que contribuyen a su invisibilización.

Para alcanzar este objetivo general se han definido tres objetivos específicos: (I) identificar desde una perspectiva decolonial, cómo los contextos culturales, geográficos y ambientales influyen en la vulnerabilidad de las comunidades frente a la esquistosomiasis; (II) analizar las diferencias de género en las normas culturales, acceso sanitario y repercusiones socioeconómicas de la enfermedad; y (III) explorar la

¹ Es fundamental reconocer en este sentido el lugar de enunciación desde el cual se desarrolla esta investigación; el de una perspectiva con acceso a recursos, tiempo y salud. Este aspecto es relevante pues la salud es el eje central del estudio, entendida como condición indispensable para el ejercicio de derechos. Por ello, se enfatiza la necesidad de cuestionar el marco desde el cual se observa, recordando que el discurso no pertenece a una sola voz, sino que aspira a aprender y repensar los modos de habitar el mundo.

percepción de los organismos locales e internacionales sobre la efectividad de los modelos actuales de intervención frente a la esquistosomiasis.

En cuanto al enfoque metodológico, el proceso se inicia con una revisión bibliográfica guiada por los diferentes objetivos y preguntas de investigación. Como resultado, se ha generado una base argumental que se articula en dos partes esenciales: un marco teórico que incorpora una investigación decolonial de los factores estructurales que condicionan la vivencia interseccional de las mujeres rurales africanas; y un marco epidemiológico que permite comprender las características biomédicas y demográficas de la esquistosomiasis, así como las estrategias existentes en su tratamiento.

A partir de este encuadre teórico, se despliega una fase empírica centrada en la realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave seleccionados mediante criterios estratégicos que responden a las particularidades del contexto nigeriano. Dado que las comunidades rurales objeto de estudio presentan importantes limitaciones en materia de infraestructura digital, así como barreras lingüísticas, se priorizó la participación de personal investigador del ámbito sanitario y representantes de organizaciones locales e internacionales con experiencia directa en el tratamiento de la esquistosomiasis. Esta decisión metodológica enfatiza tanto la fiabilidad del acceso a la información como una interpretación situada de los datos recogidos.

Un esfuerzo que se materializa en un estudio de caso, en el cual la combinación metodológica empleada permite contextualizar el análisis sociosanitario del país a partir de información directa, recogida de las experiencias y percepciones de quienes habitan esta realidad. Dicho material se articula y toma forma a través de los argumentos expuestos en el apartado teórico, lo que posibilita la construcción de un marco analítico más completo sobre las cuestiones que aborda la investigación.

1.3. Estructura general del trabajo

Debido a las características propias de esta investigación, el trabajo se ha estructurado en cinco grandes bloques temáticos. Cada uno de ellos se organiza en distintos capítulos, diseñados de acuerdo con las necesidades del desarrollo del estudio y con el fin de garantizar una adecuada coherencia interna.

El primer bloque, compuesto por los capítulos iniciales, tiene como objetivo presentar la investigación a través de una introducción general. En esta sección se formula el tema central y se justifica su pertinencia, subrayando la relevancia de abordar la esquistosomiasis en el contexto de Nigeria. Asimismo, en este bloque se incluyen la definición de los objetivos y una aproximación al diseño metodológico.

El segundo bloque constituye el marco teórico de la investigación y se divide en dos capítulos esenciales. El primero de ellos establece una perspectiva interseccional y decolonial para la interpretación de los testimonios recopilados sobre la esquistosomiasis en Nigeria. Para ello, se analiza la producción teórica de autoras y autores relevantes, entrelazando sus propuestas con el fin de construir un marco analítico sustentado en la crítica a los vínculos coloniales que han configurado estructuras de diferenciación de género, jerarquización espacial y relaciones de dependencia internacional. El segundo capítulo amplía este enfoque teórico al ofrecer una introducción a las enfermedades tropicales desatendidas, con énfasis en la esquistosomiasis. En él se presenta la información esencial sobre la patogénesis de la enfermedad, sus principales manifestaciones clínicas y las estrategias de tratamiento.

El tercer bloque se centra en la descripción detallada de la metodología empleada, tanto en la revisión bibliográfica como en la fase empírica. Se explica la motivación de realizar una investigación situada, orientada a poner a prueba la hipótesis planteada. En este apartado se presenta el diseño de las entrevistas, los criterios de selección de participantes, así como las limitaciones metodológicas encontradas. Parte de esta información se refuerza mediante los anexos, que complementan los aspectos técnicos de la investigación.

El cuarto bloque constituye el núcleo del estudio, pues desarrolla el análisis de caso. Este comienza con una contextualización histórica de Nigeria, destacando la influencia del legado colonial en la configuración de sus estructuras actuales. Posteriormente, se presentan dos capítulos analíticos. El primero examina las percepciones en torno a las dinámicas socioculturales que estructuran las diferenciaciones Norte-Sur y urbano-rural en el país, así como las desigualdades de género vinculadas a los procesos de contagio, tratamiento e interpretación de la esquistosomiasis, con especial atención a la esquistosomiasis genital femenina. El segundo capítulo aborda la percepción de las personas entrevistadas respecto a la eficacia de las estrategias de intervención y

tratamiento existentes, lo cual permite contrastar las políticas y programas de salud con la experiencia directa de quienes trabajan en este contexto. La teoría desarrollada en el segundo bloque constituye aquí una herramienta clave para interpretar los testimonios desde una perspectiva crítica y decolonial.

Finalmente, el quinto bloque recoge las principales conclusiones del estudio, respondiendo a los objetivos planteados en la introducción. Además de sintetizar los hallazgos, esta sección plantea los retos que permanecen abiertos y los horizontes de investigación que se vislumbran a partir de este trabajo, con el fin de orientar futuros esfuerzos académicos y prácticos en el abordaje de la esquistosomiasis y de las enfermedades tropicales desatendidas.

.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Interseccionalidad y feminismo africano: un nexo decolonial

Para comprender en profundidad el contexto de las mujeres rurales africanas, se debe tener en cuenta la interacción de tres factores estructurales de su realidad directamente anclados a la posición territorial que habitan²: su habitar como personas racializadas, su habitar como mujeres y su habitar en el territorio rural.

Esta interacción encuentra explicación en la teoría de la *Interseccionalidad*, introducida por Kimberlé Crenshaw (1991) en su obra *Cartografiando los Márgenes: Interseccionalidad, Políticas de Identidad y Violencia contra las Mujeres de Color*. Una apuesta teórico-metodológica que representó el inicio de la transformación epistémica de los estudios de género en los años 70, pues su núcleo principal reside en la introducción de las perspectivas de las mujeres que hasta el momento habían residido en los márgenes, para darles un rol central en la producción académica. Según Crenshaw (1991), la interseccionalidad tiene que ver con la manera en la que el género, la raza y otros factores diferenciales de los individuos, interactúan y se acumulan frente a las prácticas sociales, institucionales y culturales. Una dinámica que se relaciona con la distribución elitista del poder, investigando las principales divisiones sociales no como entes independientes y excluyentes, sino como factores opresivos que trabajan juntos para construir el sistema de dominación del entramado capitalista (Crenshaw, 1991; Hill Collins y Bilge, 2016).

A pesar de que el concepto de interseccionalidad ha sido mayoritariamente atribuido a al trabajo de Crenshaw, el desarrollo de la teoría interseccional es una parte central de una larga historia de feminismo negro, que desde la década de los 70 lleva contribuyendo al estudio de la interacción de contextos de opresión (Nkealah, 2025). Es por ello por lo que se considera imprescindible mencionar a autoras como Deborah King, Patricia Hill Collins, bell hooks, Audre Lorde o Toni Cade Bambara, las cuales han aportado este conocimiento a través de obras tan reconocidas como *Interseccionalidad* (Collins y Bilge, 2016) o *¿Acaso no soy yo una mujer? Mujeres negras y feminismo* (hooks, 1981).

² Se emplea en este sentido el término *habitar* para expresar la forma en la que estas mujeres experimentan su existencia de manera situada, refiriéndose no solo al espacio físico, sino a la forma en que estas condiciones estructurales interactúan y condicionan su vida.

Empero, en este esfuerzo de investigación también es imprescindible mencionar la diferencia entre la interseccionalidad y el feminismo africano; una fuerte corriente analítica que resalta la necesidad de considerar la producción de autoras africanas en el estudio de la relación entre género y la raza, así como la *desamericanización* del feminismo negro. Aunque existen conversaciones diferenciales dentro de la misma, las autoras coinciden en el objetivo mismo de construir modelos feministas desde una base indígena, sustentada en base a tres pilares: (I) mantener una perspectiva cultural africana, (II) generar conocimiento desde la realidad geopolítica africana y (III) defender un posicionamiento ideológico propio del continente (Nkealah, 2025; Nkealah, 2016). En otras palabras, la raíz indígena de sus teorías es el nexo que las agrupa bajo el paraguas del feminismo africano (Tamale, 2020).

Lo que se pretende en este análisis es encontrar un punto de conexión entre ambas corrientes, integrando el enfoque interseccional como pilar para el estudio de las problemáticas de género, pero sin perder una mirada situada que valore y contemple el aporte de autoras locales. En su obra *Decolonization and Afro-Feminism*, Sylvia Tamale (2020) considera esta postura. La autora determina que, para el estudio de la cuestión de género en el contexto africano es necesario mantener una posición interseccional. Lo describe como un enfoque multifacético y desafiante de las estructuras e instituciones hegemónicas occidentales, que incluye el cuestionamiento de la naturaleza misma y el acceso al conocimiento.

Es decir, al hablar desde el prisma del feminismo interseccional africano, se está estableciendo una posición teórica que entiende la despatriarcalización como el foco central en el desarrollo de toda ciencia social que quiera entenderse como decolonial/postestructural/posmoderna. La mención de estos marcos de pensamiento no es casualidad, pues constituyen la base epistemológica sobre la que se erige esta investigación. A través de ellos, el análisis busca evidenciar cómo la triple intersección de opresiones que se mencionaba anteriormente está directamente relacionada con la construcción histórica de una estructura social que determina la experiencia de las mujeres rurales africanas, tanto en el plano local como en la manera en la que son concebidas en el ámbito internacional.

2.2. La triple interseccionalidad de las mujeres rurales africanas: etnia, género³ y ruralidad

2.2.1. Habitar la etnia

El proceso de colonización se construyó, en base a la perspectiva del sociólogo peruano Aníbal Quijano (2014a), alrededor de dos ejes: la *colonialidad del poder* y la *modernidad*. Como modernidad se entienden las dinámicas coloniales que establecieron el occidentalismo en el centro de la creación de todo poder (institucional, político, económico, intelectual), y con ello a las estructuras binarias y diferenciales europeas (Quijano, 2014a; Herrera, 2023). Pero con un añadido racial que entiende a la población colonizada, como inferior al sujeto colonizador (Quijano, 2014a; Cumes, 2012, 2009). Un fenómeno que se va a concentrar en la imposición y reconfiguración de las estructuras sociales precoloniales hacia la representación masculinizada del poder: hombre blanco, colonizador y desarrollado (Cumes, 2012, 2009) y que va a asegurar su refuerzo, mediante la replicación del poder capitalista (Hernández, 2020).

Esta noción de replicación es la que Quijano explica en su idea de colonialidad del poder, pues se refiere a la dilatación hasta la actualidad de las bases coloniales que afirmaron la construcción del orden capitalista, los procesos históricos que expresaron el inicio de la modernidad (López, 2007; Hernández, 2020). Según Quijano (2014), modernidad y colonialidad del poder son en consecuencia, dos esferas de una misma realidad, de un proceso histórico o sistema-mundo, que esboza y conforma el sistema existente en la actualidad.

Achille Mbembe recupera estas nociones para aplicarlas al contexto africano a través de una teoría crítica imprescindible para analizar los procesos de construcción del sujeto racializado (Mbembe, 2016, 2018). Para el autor camerunés el concepto de *raza* se configura como un dispositivo central de ordenamiento político y social, que opera dentro de los propios estados africanos tras las independencias formales (Mbembe, 2011). Así, Mbembe considera la raza como una tecnología histórica de jerarquización, que permite

³ Si bien los estudios de género abarcan una pluralidad de identidades y experiencias, en el marco de la presente investigación el análisis se centrará específicamente en la situación de las mujeres. Esta delimitación responde a las características y objetivos del estudio, que requieren focalizar la mirada en esta realidad particular sin desconocer la diversidad y complejidad propias del campo de los estudios de género.

designar quiénes son portadores plenos de humanidad y quiénes ocupan posiciones subalternas en la comunidad política,

La lógica de raza en el mundo moderno atraviesa las estructuras y los movimientos sociales y económicos y se metamorfosea sin cesar. En cuanto que esclavo, el negro representa por consiguiente una de las figuras perturbadoras de nuestra modernidad, de la cual constituye su parte de sombra, de misterio y de escándalo. Persona humana cuyo nombre es deshonorado, el poder de descendencia y de generación perturbado, el rostro desfigurado y el trabajo expoliado, el esclavo da cuenta de una humanidad mutilada, profundamente marcada a fuego por la alienación (2016: 78).

Para Mbembe (2011), esta diferencia necropolítica⁴ se establece en el contexto africano a partir de dos fases: la ocupación colonial moderna y la ocupación colonial tardía. El autor considera que, en la primera fase, se estableció un dispositivo de dominación que combinó las tecnologías disciplinarias de encierro y control (estado de sitio), con técnicas biopolíticas que dividieron a las poblaciones entre quienes deben vivir y quienes pueden ser abandonados a la muerte, desde la división de razas como principio de jerarquización. Esta operación, sostenida por un imaginario que presenta al *otro* como peligro biológico, se refuerza en las colonias con la suspensión del derecho y la instauración de lo que Mbembe denomina *zonas de excepción*, donde la muerte se naturaliza y se vuelve condición de posibilidad de la expansión capitalista. Así la racialización no es un suplemento del capitalismo sino su función genética, encargada de producir razas que son simultáneamente clases y cuya subordinación material y simbólica permitía extraer recursos, trabajo y plusvalor sin restricciones, convirtiendo la vida y los cuerpos en materia prima del beneficio.

Tras las independencias formales, esta misma estructura se replicó en la ocupación colonial tardía, mediante la reformulación interna de las jerarquías raciales, ahora administradas por los propios Estados africanos bajo lógicas neoliberales que continuaron asignando a los cuerpos racializados el lugar excedente, asegurando así la persistencia de una economía política global de dependencia, cadenas de extracción y circuitos de endeudamiento (Mbembe, 2011, 2018, 2019; Carrizo, 2019).

⁴ Mbembe define la necropolítica como una realidad donde: “la expresión última de la soberanía reside ampliamente en el poder y la capacidad de decidir quién puede vivir y quién debe morir” (2011: 19). Así “La soberanía consiste en ejercer un control sobre la mortalidad y definir la vida como el despliegue y la manifestación del poder” (2011:20).

Para el mantenimiento de esta estructura fue imprescindible la internalización de la *otredad* en los órdenes poscoloniales (Mbembe, 2001, 2006). Es aplicable en este sentido, las teorías posestructuralistas de creación de identidades a través del discurso. Foucault, en su obra *Vigilar y Castigar* habla de lo que denomina *biopoder*, entendiéndolo como una estrategia política de subyugación y control de la población a través del marcaje de los cuerpos, siendo la violencia la forma más directa de asimilación,

El cuerpo está también directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; [...] exigen de él unos signos. Este cerco político del cuerpo va unido [...] a la utilización económica del cuerpo [...] como fuerza de producción; [...] El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido. Pero este sometimiento no se obtiene por los únicos instrumentos ya sean de la violencia, ya de la ideología [...] puede ser calculado [...] y sin embargo permanecer dentro del orden físico (2002a: 26-27).

Como afirma Foucault (2002a), existen marcajes que no son palpables, sino que se establecen en el patrón de cotidianidad y el control del discurso. Es imprescindible analizar aquí la obra *Decolonising the mind* del escritor keniano Ngũgĩ wa Thiong'o (1981), en la que estudia la imposición del inglés en la Kenia poscolonial como una herramienta para la continuación de la dominación occidental sobre la tierra independizada. Para el autor, el lenguaje transmite la cultura, y la cultura se transmite, especialmente en el caso de las comunidades indígenas africanas, a través de la tradición oral. El lenguaje es de esta manera un vehículo para el conjunto de valores mediante los cuales llegamos a percibirnos a nosotros mismos y nuestro lugar en el mundo. Para Thiong'o, por lo tanto, el control del lenguaje es el control de la forma en que las personas se perciben a sí mismas, “la bala era el medio de sometimiento físico. El lenguaje era el medio de sometimiento espiritual” (1981: 9).

Nelson Maldonado-Torres (2007) utiliza para describir este fenómeno el término de *colonialidad del saber*, la cual se manifiesta en la imposición de un modelo epistémico que presenta como universales las categorías, métodos y narrativas surgidas en el marco de la modernidad europea, deslegitimando los conocimientos locales y relegándolos a la esfera de lo *folclórico* o *no científico*. La escuela organizada según estos parámetros funciona como aparato de normalización que orienta el aprendizaje hacia la interiorización de una geopolítica del conocimiento, donde Occidente ocupa el lugar de centro productor y evaluador de verdad. Este orden epistémico no sólo margina otras formas de saber, sino que configura subjetividades colonizadas, ya que, como plantea el

autor, la *colonialidad del ser* implica la traducción de esta jerarquía de saberes en jerarquías ontológicas.

Esta imposición de estándares externos genera la negación de la propia identidad negra, provocando lo que Frantz Fanon (1965, 2009, 2016) determina como un sentimiento de inferioridad, que perpetúa la reproducción de las estructuras raciales mediante la asimilación de los pueblos indígenas como seres inferiores. Según el autor, las personas blancas son vistas como lógicas, intelectuales y educadas, generando que los pueblos subyugados busquen imitar a sus invasores con la intención de superar la inferioridad que ya han aceptado como realidad. Sin embargo, como explica Hilton (2011) nunca alcanzarán un estatus de igualdad con ellos.

Fanon (1965, 2009, 2016) distingue así dentro de las sociedades poscoloniales africanas el nuevo *uno* que reproduce la distinción entre un sujeto legítimo (heredero del patrón occidental), y los doblemente *otros*, un conjunto de sujetos racializados que encarnan la alteridad. La figura del *ciudadano pleno* suele asociarse con parámetros de modernidad eurocentrada y triunfo capitalista (acceso a educación formal, entrada en el mercado laboral, adopción de lenguajes y estilos de vida codificados como modernos), mientras que vastos sectores de la población quedan inscritos en un imaginario de atraso o incivilización.

Según Hilton (2011) este mecanismo prolonga la lógica colonial de segmentar y administrar las poblaciones a través de distinciones raciales y culturales, que actúan como marcadores de desigualdad y exclusión, consiguiendo el objetivo último del neoliberalismo, la reproducción por parte de los propios sujetos dominados de las dinámicas que les dominan.

2.2.2. Habitar como mujer

Determinar una fecha exacta para el surgimiento del feminismo decolonial resulta complejo, dado que constituye un entramado teórico que emerge a partir de la crítica a las limitaciones de los tres marcos que sustentan el estudio (Tamale, 2020). Su origen suele situarse en la década de 2000, vinculado a la obra de María Lugones, a quien se atribuye la primera formulación explícita del concepto (Rodrigues, 2022). Este cuestiona el sesgo *masculinista* presente en los estudios decoloniales de la década de 1990, partiendo de la premisa de que no es posible comprender la magnitud del colonialismo en las vidas de las mujeres racializadas, sin reconocer el papel del patriarcado en su

reproducción y persistencia (Tamale, 2020; Curiel, 2009). El feminismo decolonial nace así de la necesidad de romper con las narrativas del feminismo occidental hegemónico. Desde esta mirada, se denuncia que dicho feminismo, lejos de dismantelar el colonialismo y los sistemas de supremacía blanca, tiende a perpetuarlos (Lugones, 2011; Tamale, 2020; Curiel, 2009).

Sus dos núcleos teóricos fundamentales son de esta manera: (I) la defensa de la relación intrínseca entre género y raza como dimensiones inseparables; y (II) la identificación del peso de la colonialidad en la configuración de los discursos binaristas que sostienen tales diferenciaciones (Tamale, 2020).

La autora nigeriana Ifi Amadiume (1987) recupera la teoría de los autores decoloniales sobre la modernidad y la imposición de binarismos eurocéntricos, para poner en relieve la cuestión de género dentro de esta estructura. En su estudio *Male Daughters, Female Husbands*, Amadiume demostró que las instituciones coloniales no sólo trastocaron las jerarquías raciales, sino que alteraron profundamente las estructuras de género preexistentes. En estas sociedades, las mujeres ocupaban espacios de autoridad y poder político, económico y cultural que eran reconocidos y legítimos. El colonialismo, sin embargo, operó como un proyecto ideológicamente marcado por el género, imponiendo las categorías binarias occidentales y desplazando a las mujeres de los centros de decisión. Oyèrónké Oyěwùmí (1997) en *The Invention of Women*, llega a conclusiones convergentes al estudiar las sociedades *yoruba*, también de Nigeria, donde el género no había constituido históricamente la base primaria de organización social. La autora determina que el proceso colonizador introdujo el concepto mismo de *género* como universal y reordenó la vida política y social con el objetivo de vincular el acceso al poder a la condición masculina,

La aparición de las mujeres como una categoría identificable, definida por su anatomía y subordinada a los hombres en todas las situaciones, fue el resultado, en parte, de la imposición de un Estado colonial patriarcal. Para las mujeres, la colonización fue un proceso doble de inferiorización racial y subordinación de género (1997: 123-25).

La autora Patricia Hill Collins, describe la imposición de la figura femenina en la colonialidad, “la encarnación de la ‘verdadera feminidad’, las mujeres ‘verdaderas’ poseían cuatro virtudes cardinales: piedad, pureza, sumisión y domesticidad” (2000: 72), a lo que se le sumaba la blanquitud como factor previamente jerarquizante. Las mujeres que quedaban fuera de esta descripción no sólo eran consideradas subordinadas, también

eran deshumanizadas, percibidas como animales en un sentido que trascendía la identificación de las mujeres blancas con la naturaleza o el cuidado (Hill Collins, 2000; Lugones, 2007). Estas mujeres eran sexualmente identificadas como mujeres, pero carecían de las características de la feminidad aceptada. La racialización de la inferioridad femenina las transformó en diversas versiones de mujeres según convenía a los procesos del capitalismo global eurocéntrico, construidas para mantener su subordinación (Hill Collins 2000).

Como advierte la historiadora nigeriana Olufunmilola Omotayo (2024), la colonización impuso una estructura binaria de diferenciación de género en las estructuras legales del Estado, pero no la inventó. En su estudio sobre las tradiciones culturales de las sociedades yoruba determinó que las divisiones sexuales eran imperantes en la época precolonial, determinando que estas sociedades han sido siempre predominantemente patriarcales.

María Lugones (2008, 2011) considera que esta segmentación formó parte de la *colonialidad de género*, un fenómeno inseparable de la teoría de la colonialidad del poder de Quijano. La figura triunfante del hombre blanco se erige sobre la del sujeto negro subyugado, y el dominador masculino sobre la figura de la mujer dominada (Lugones, 2008, 2011; Masaka, 2025). Se arrebatan así las formas de organización tradicionales descritas por Oyěwùmi, para reestablecer el espacio político en clave masculina, concentrando la capacidad de definir qué cuenta como político, relegando lo femenino y lo minoritario a un plano residual, sin legitimidad pública (Oyěwùmi, 1997). Empero, el colonialismo no replicó el género europeo precolonial, sino que creó un sistema nuevo que diferenciaba las disposiciones para hombres y mujeres colonizados frente a las de los colonizadores blancos burgueses (Lugones, 2007, 2008; Segato, 2016).

En este sentido, la división sexual del trabajo fue una reconfiguración estratégica que sirvió tanto para la extracción económica como para la reproducción del orden racial (Lugones, 2007). Mientras las estructuras burguesas metropolitanas relegaban a la mujer blanca al ámbito doméstico, las mujeres colonizadas fueron insertadas en un régimen dual; por un lado, despojadas de autoridad política y económica; por otro, sobrecargadas con trabajo productivo y reproductivo indispensable para el funcionamiento del aparato colonial (Hill Collins, 2000; Sheldon, 2017; Fraser, 2017). Además, la legislación colonial permitía a los gobernantes masculinos explotar esta legislación para eludir la autoridad femenina y así favorecer el dominio masculino (Sheldon, 2017).

Como muestran los sistemas fiscales implantados por las potencias europeas, la unidad de tributación se definía siguiendo el modelo patriarcal europeo. El jefe de familia masculino como único interlocutor con el Estado, invisibilizando las formas preexistentes de autonomía económica femenina (Sheldon, 2017; Hill Collins, 2000). Al declarar a los hombres como responsables de los impuestos y del trabajo asalariado forzado, las autoridades coloniales extraían su fuerza laboral para plantaciones, minas y obras públicas, mientras las mujeres quedaban en las aldeas, sosteniendo la agricultura de subsistencia, manteniendo las redes de parentesco y asegurando la reproducción social de la comunidad. Este trabajo no remunerado y no reconocido, sostenía indirectamente la rentabilidad de las empresas coloniales y del comercio internacional, pero al mismo tiempo, impedía la incorporación femenina al modelo occidental de trabajo y acumulación de bienes (Sheldon, 2017).

Este patrón lejos de desvanecerse con las independencias se rearticula en el neoliberalismo contemporáneo, que continúa dependiendo del trabajo invisible y precarizado de las mujeres racializadas para sostener la economía global (Tamale, 2020; Fraser, 2023), utilizando su imagen como pivote desde donde sustentar la liberación blanca y el proyecto económico del desarrollo.

Varias autoras decoloniales (Lugones, 2007; Spivak, 2003; Tamale, 2020; hooks, 1984), hablan del proceso de subordinación de la mujer negra para la liberación de la mujer occidental como un proyecto de silenciamiento. El feminismo del siglo XX se centró en cuestionar la imagen de las mujeres como frágiles, débiles física y mentalmente, confinadas al ámbito privado. Sin embargo, no reconoció que esa descripción correspondía únicamente a las mujeres blancas y burguesas. Las que quedaban fuera de esa construcción no sólo ocupaban un lugar subordinado, sino que su posición resultaba indispensable para sostener el feminismo liberal, en el que las mujeres occidentales aspiraban a acceder a privilegios masculinos mientras relegaban las tareas de cuidado a mujeres racializadas.

Esta configuración produce lo que Buchi Emecheta (1975) denominó la *doble otredad*, representada literariamente en *Second-Class Citizen*. La mujer racializada no solo enfrenta la exclusión de género, sino que además es juzgada bajo parámetros de feminidad contruados desde Occidente, que le exigen renunciar a sus referentes culturales para perseguir un ideal occidentalizado de la mujer. Sin embargo, incluso al aproximarse a ese

modelo, no alcanza el reconocimiento pleno, quedando atrapada en un espacio liminal exterior a la norma dominante. Esta dinámica replica la colonialidad del ser, donde la imposición de cánones externos lleva al sujeto colonizado a internalizar su inferiorización.

Del mismo modo, la universalización del feminismo occidental como norma empuja a las mujeres racializadas hacia patrones de liberación ajenos, anclados en una mímica de la masculinidad blanca y eurocéntrica (Butler, 2007; Valim de Melo, 2021). En base a la teoría de la *performatividad* de Judith Butler esta replicación no solo refuerza los binarismos de género coloniales, sino que reduce su agencia a una posición sexual desracializada, invisibilizando las opresiones entrelazadas que definen su experiencia (Butler, 2007). Esta replicación es, según Segato (2014, 2016), el mecanismo perfecto del aparato patriarcal; la performance de lo masculino en cuerpos femeninos confirma que el poder sigue siendo masculino, y que la liberación se reduce a una asimilación individualista, no a una transformación colectiva. Así, el sistema capitalista-patriarcal celebra que algunas mujeres (generalmente blancas o racializadas asimiladas) ocupen espacios productivos (masculinizados), mientras relega todo lo asociado a lo femenino racializado (cuidados, afectos, subsistencia) a la marginalidad.

2.2.3. Habitar la ruralidad

La alteridad que representa lo reproductivo toma muchas formas. El capitalismo encuentra en la ruralidad el escenario perfecto para situar la periferia como un espacio subordinado. Esta dicotomía no se limita únicamente a lo económico, sino que también se proyecta en la organización social. Lo urbano se configura como centro dinámico, activo y productivo, mientras que lo rural es relegado al margen, a lo improductivo y a lo reproductivo.

El término *centro-periferia*, acuñado por Raúl Prebisch, permite observar cómo el capitalismo reproduce el mismo mecanismo binario que el patriarcado (Prebisch, 2012). Samir Amin (1976, 1998) profundiza esta lectura señalando que el problema no es únicamente la desigual distribución del progreso técnico, sino la necesidad estructural del capitalismo de mantener estas diferencias.

El sociólogo Mahmood Mamdani (1996, 2020) estudió este fenómeno en su obra *Ciudadano y súbdito*, donde analiza cómo la época colonial consolidó una división

racializada entre lo urbano y lo rural. Lo blanco y lo europeo se asoció al centro de poder administrativo y económico, mientras que las poblaciones nativas fueron relegadas a la ruralidad bajo un régimen de autoridad nativa consuetudinaria. La colonialidad del poder operó aquí no solo en términos económicos, sino también en la construcción de jerarquías espaciales. Cuanto más blanco, más cercano al centro; cuanto más indígena, más condenado a la periferia rural. Mamdani demuestra que las élites poscoloniales heredaron estas estructuras. Los gobiernos locales quedaron subordinados a los gobiernos centrales, reproduciendo así el neocolonialismo bajo nuevas formas.

Esta dinámica se refleja en la continuidad de lo que Mamdani (2016) conoce como *despotismo descentralizado*, donde las autoridades locales en zonas rurales actúan como intermediarias coercitivas del poder central, asegurando que la periferia siga cumpliendo su rol de reproducción sin cuestionar la hegemonía urbana. Así al igual que con las divisiones étnicas y de género, las jerarquías espaciales han sido un sustento necesario para la continuación de esta estructura (Mizuno, 2016; Lechler y McNamee, 2017).

Es aquí imprescindible recordar la teoría de Amin (1974, 1976, 1988). El neocolonialismo encuentra en esta diferencia la estrategia más eficaz para posibilitar su reproducción hasta la actualidad. Las grandes ciudades africanas funcionan como vitrinas de modernización, integradas al circuito global del capital gracias a la inversión extranjera directa y a megaproyectos que simbolizan el progreso occidental. Al mismo tiempo, la ruralidad se mantiene deliberadamente en la precariedad, para servir de cantera de recursos naturales y de justificación para nuevas intervenciones externas (Amentenbrink, 2024; De Freitas, 2023). El progreso técnico en los centros se traduce en salarios reales más altos y un consumo interno articulado, mientras que en las periferias se traduce en precios relativos más bajos y dependencia externa (Amin, 1988). Según Amentenbrink (2024) y De Freitas (2023), la modernidad urbana sirve para mostrar la eficacia de esa intervención, consolidando la idea de que la única vía de progreso pasa por la integración al mercado global bajo condiciones impuestas desde fuera.

Las cifras más recientes evidencian la continuación en el tiempo de esta distinción geográfica. Jennings y Oldiges (2020) revelan en el informe más reciente del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) del Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), la persistencia de esta brecha determinando que solo una quinta parte (21 %) de

los residentes urbanos africanos están en situación de pobreza, frente a más de tres quintas partes (64 %) de los residentes rurales.

Esta lógica de diferenciación social adquiere un cariz aún más marcado cuando se introduce la dimensión de género. Las mujeres del territorio rural africano se encargan en su mayoría del trabajo reproductivo que sostiene tanto a las comunidades locales como al propio sistema económico (Sheldon, 2017; Patel, 2020). Así es que estas mujeres representan entre el 70% y el 80% de la producción agrícola de alimentos en África, con una estimación de 13 horas semanales de trabajo por encima de los hombres (Marter-Kenyon *et al.*, 2023). A pesar de ello, menos del 10 % tiene propiedad ni pleno acceso a tierras agrícolas y gran parte del trabajo agrícola es no remunerado y, a menudo, invisible (Lwabukuna, 2023; Lentz *et al.*, 2018).

Es así como en África subsahariana la proporción media de empleo informal de las mujeres en el sector no agrícola es del 83 %, mientras que la de los hombres es del 72 %. Si se incluye el sector agrícola, estas proporciones aumentan hasta el 94 % y el 89 %, respectivamente (Malta *et al.*, 2021). Asimismo, en el análisis de los porcentajes de literacidad en África subsahariana, las mujeres presentan un descenso del 14% frente a los hombres (UNESCO Institute for Statistics, 2024). Esta brecha reside en una distinción fundamental, el acceso a los códigos culturales impuestos funciona como capital simbólico que abre las puertas a la administración, al comercio y a las redes globales y, en consecuencia, los hombres no solo controlan más recursos materiales, sino también las herramientas simbólicas que los acercan a la figura del ciudadano pleno descrita por Fanon (Fanon, 1965; Mama, 2001; Maldonado-Torres, 2007).

De la misma manera, también se encuentra una gran diferencia entre aquellas mujeres que habitan los territorios urbanos en comparación con las mujeres rurales. Según el estudio que realizó Patel (2020) en 34 países africanos, en las zonas rurales casi un tercio de las mujeres nunca recibió educación formal, frente a poco más de una décima parte en el ámbito urbano. Asimismo, la distancia también se refleja en el acceso a servicios financieros ya que menos de dos de cada diez mujeres rurales poseen una cuenta bancaria, mientras que en las ciudades la proporción asciende a cuatro de cada diez. Estas desigualdades impactan directamente en la autonomía, donde la mitad de las mujeres rurales declara que las decisiones en el hogar recaen principalmente en su cónyuge, en contraste con el 40 % de las urbanas. Según Patel (2020) y Kevane (2012) estas

diferencias muestran que cuanto más cerca se sitúan las mujeres del espacio productivo urbano, más posibilidades tienen de acceder a ciertos derechos, aunque estas condiciones distan todavía de equipararse a las de los hombres.

Con la revisión de estos datos, resulta imprescindible considerar la importancia del análisis de la ubicación territorial en el estudio de la realidad de opresión hacia las mujeres en África ya que la noción de lugar, en sí misma, incorpora lo social, y sin lo social, el lugar se convertiría en un mero espacio (Johnston, 2018; Redshaw *et al.*, 2025). La ruralidad, entonces, debe entenderse no sólo como un contexto, sino como una forma de identidad social que, lejos de ser fija, es dinámica y se entrelaza con el tiempo, el género, la raza y otros factores de diferenciación (Thomas *et al.*, 2021; Redshaw *et al.*, 2025).

2.3. El Sistema de Cooperación Internacional al Desarrollo desde la teoría de la dependencia

Durante los últimos años se ha llevado a cabo desde el ámbito de estudio de la cooperación internacional, un ejercicio para desmontar los patrones de desarrollo que enmarcan las estrategias de actuación desde lo que se conoce como el Norte Global hacia el Sur Global (Unceta, 2009). Estas críticas al modelo desarrollista se componen esencialmente de la problematización del modelo de desarrollo que ha sido adoptado por la modernidad y, por ende, representa una continuidad de las estructuras establecidas dentro de la etapa colonial (Quijano, 2014b).

Eduardo Gudynas (2014) introduce el concepto del postdesarrollo en su ensayo *El postdesarrollo como crítica y el Buen Vivir como alternativa*. En él determina que, tras la Segunda Guerra Mundial, en el marco de un nuevo orden mundial configurado por la expansión del capitalismo industrial-financiero, se afianzó un modelo de desarrollo que consolidó la hegemonía occidental en el plano económico, político y cultural. Como señala el autor, este impulso tomó forma decisiva en el discurso del presidente estadounidense Harry S. Truman en 1949, cuando introdujo la noción de *subdesarrollo* y planteó la necesidad de que los países industrializados ayudasen a los *países subdesarrollados* a modernizarse. El desarrollo pasó así a ser entendido como un proceso lineal, continuo e inevitable, cuyo punto de llegada era la modernización representada por los estilos de vida, valores y patrones de consumo occidentales. De esta forma, se asumió

que todas las naciones debían transitar una misma ruta hacia el progreso, relegando a otros ordenamientos culturales y modos de vida a la categoría de arcaicos o atrasados, condenados a ser superados.

En base a esta posición, el desarrollo se configuró como un dispositivo central de la colonialidad del poder descrita por Quijano, operando como instrumento de reproducción de las jerarquías establecidas durante el colonialismo (Quijano, 2014b). La existencia de un país *desarrollado* requería así de la construcción discursiva de su opuesto, el *subdesarrollado*. Diversos autores posdesarrollistas (Mudimbe, 1988; Rist, 2002; Kabeer, 1998; De Sousa Santos, 2005; Escobar, 2007) han resaltado la importancia de la dimensión discursiva del desarrollo, mostrando cómo, desde una perspectiva foucaultiana, este se constituye en una forma de biopolítica (Foucault, 2007; 2002b). Arturo Escobar (2007) explica así que la creación del *Tercer Mundo* como representación de lo subdesarrollado, produjo una geografía imaginaria en la que el Norte se colocaba como sujeto activo y modelo universal, y el Sur como objeto pasivo de intervención (Escobar, 2007).

Es en esta dimensión narrativa donde se revela que no es únicamente la herencia de los poderes económicos lo que sostiene el sistema imperialista neoliberal, sino sobre todo el control del conocimiento (Foucault, 1980; De Sousa Santos, 2005). Thiong'o (1981) ejemplificaba precisamente esto mediante el ejemplo del lenguaje. El dominio sobre los términos de qué es el desarrollo y qué no lo es, impacta directamente en la manera en que los Estados se conciben a sí mismos.

En consecuencia, la sola existencia del concepto de desarrollo genera una replicación, a nivel macro, de la jerarquización de las poblaciones mundiales según su contexto sociocultural. Para Fanon (2016), el subdesarrollo tiene una marca racial evidente que redefine identidades y concepciones de lo real en función del imaginario occidental. Esta característica, profundamente moderna, establece entre los pueblos una fractura de enorme alcance para justificar, de manera sociocéntrica, la supuesta superioridad de Occidente y la continuación de las dicotomías de marcaje entre el ciudadano pleno ahora desarrollado, y el *otro* incivilizado subdesarrollado (Fanon, 1965).

La figura de la cooperación internacional al desarrollo resulta en este punto fundamental, pues su mirada desde la teoría crítica representa el segundo punto de análisis en el estudio. Así, resulta inevitable introducir una de las teorías que van a enmarcar las palabras que

se encontrarán a continuación, la teoría de la dependencia. Esta teoría respondió a la constatación de que el crecimiento económico de los países industrializados no generaba un *efecto derrame* en las economías periféricas sino que, por el contrario, las empobrecía aún más (Dos Santos, 1971; Frank, 1969; Emeh, 2013). El subdesarrollo, desde esta perspectiva, no debía entenderse como una fase previa hacia el desarrollo sino como una condición estructural históricamente producida y sostenida por la integración desigual de los países del Sur en la economía mundial capitalista (Cardoso y Faletto, 2004; Dos Santos, 2003; Emeh, 2013). Mas no se quiere asumir con ello que esta dependencia sea la única razón de la desatención de ciertos sectores sociales; la corrupción y la priorización de factores económicos y políticos en los países receptores también es un punto de análisis a considerar como forma de mantenimiento de esta dependencia y acumulación del poder (Amin 1988; 1974; Sánchez, 2003).

Lo crucial en este marco es reconocer el papel de la cooperación internacional al desarrollo y la ayuda humanitaria dentro de la continuación de este proceso histórico (Kabonga, 2016). La ayuda externa debe comprenderse como una extensión contemporánea del sistema centro-periferia (Obani, 2020; Aluko y Arowolo, 2010). Una centralización de la ayuda desde los países occidentales que delimita una conversación unidireccional del flujo de recursos, en la que el donante establece las prioridades y el receptor queda reducido a la condición de beneficiario pasivo (Tang y Bundhoo, 2017; Escobar, 2007). Este silenciamiento del *subalterno* genera una pérdida de agencia que, lejos de transformar las estructuras de desigualdad, las consolida (Spivak, 2003; Kabonga, 2016). Es solo la autoridad donante la que determina hacia dónde se destinan los fondos y la ayuda, situando a los Estados receptores en una posición en la que resulta más rentable depender de la cooperación externa que invertir con recursos propios en sectores estratégicos (Escobar 2007). De este modo, las áreas más vulnerables quedan subordinadas a la lógica de la ayuda internacional para su supervivencia y eventual mejora (Dos Santos, 2003; Komi, 2020).

Concretamente, en el caso africano, varios autores han insistido en que este círculo de dependencia ha tenido efectos devastadores en África (Rodney, 2011; Moyo, 2009; Komi, 2020; Jakupiec *et al.*, 2024). En lugar de fomentar autonomía, ha erosionado la capacidad de los Estados y las comunidades para decidir sobre su futuro. Kabonga (2016) observa cómo los líderes comunitarios esperan que los problemas sociales se resuelvan

exclusivamente a través de la asistencia internacional, cristalizando así una relación vertical en la que los actores locales se definen en función de cómo son percibidos y administrados por instituciones del Norte.

Esta estructura genera que el sistema de cooperación internacional sea entendido desde los marcos postestructurales como un sistema de biopoder, que decide qué es lo importante, hacia dónde deben dirigirse los fondos (Escobar, 2007; Foucault, 2002a). Se trata de una capacidad de influencia decisiva en la configuración de las prioridades globales, pues establece qué temas adquieren centralidad en la conversación internacional y cuáles quedan relegados al silencio (Niyonkuru, 2016). Desde el punto de vista de Mbembe (2011) podría entenderse el desarrollo como una necropolítica que decide qué debe atenderse y qué debe dejarse a su suerte, qué debe vivir y qué debe morir. Del mismo modo se refuerza una dinámica en la que el corte de financiación opera como moneda de cambio para afianzar el control sobre las agendas políticas y los intereses de los países subordinados (Leal, 2025; Guerra, 2025; Lynn, 2025).

Siguiendo el símil planteado por De Sousa Santos (2005) en *El fin de los descubrimientos imperiales*, donde se configura una relación entre un descubridor y un descubierto, las comunidades locales pasan a convertirse en objetos de observación, cuya existencia y sufrimiento solo adquieren relevancia en la medida en que son visibilizados por la mirada del Norte. Se utiliza en este sentido la metáfora de la mirada ya que el objetivo último es representar lo efímero que puede llegar a ser la fijación de la vista en aquello existe mientras es observado, pero deja de existir y con ello de ser considerado prioritario cuando otra nueva realidad te atrae a mirar hacia otro lado. El poder reside en esa mirada, en el control del conocimiento, de lo que es real (Foucault, 1980); existir en tanto se es observado, y ser valorado en tanto se encaje en la narrativa humanitaria capaz de movilizar a la opinión pública y a los donantes.

Este juego de visibilidad refuerza la condición del Sur como escenario de intervención y espectáculo (Sontag, 2003; Chouliaraki, 2013). La pobreza, la precariedad y la emergencia se convierten en imágenes de impacto diseñadas para generar compasión y movilizar recursos, pero no para transformar las estructuras que producen esas mismas condiciones (Escobar, 2007). Un asistencialismo que niega la praxis emancipadora y refuerza la subordinación. Se da algo al pobre para que siga siendo objeto de intervención, no sujeto político de transformación (Freire, 1968; Illich, 1968).

3. MARCO EPIDEMIOLÓGICO

3.1. Enfermedades tropicales desatendidas

Las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) constituyen un grupo diverso de enfermedades infecciosas que afectan predominantemente a la población de áreas geográfica climáticamente definidas de las zonas tropicales y áridas de Asia, África y América Latina (Quintanilla, 2022; Garchitorena *et al.*, 2017). A pesar de que diferentes Organizaciones Internacionales (OI), Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y centros de investigación se han esforzado en describirlas, a día de hoy no existe consenso general sobre una definición concreta de las ETD (CA *et al.*, 2024). En la última hoja de ruta de la Organización Mundial de la Salud para hacer frente a estas enfermedades se refieren a las ETD como,

Enfermedades que afectan desde tiempos inmemoriales a las comunidades pobres y suponen una pesada carga humana, social y económica para más de mil millones de personas en todo el planeta, sobre todo en las regiones tropicales y subtropicales, entre las poblaciones más vulnerables y marginadas. (2021:X⁵).

De igual modo, no existe un acuerdo universal sobre qué enfermedades deben clasificarse como ETD (CA *et al.*, 2023). No obstante, en este mismo informe, la OMS (2021) identifica 20 afecciones y sus respectivos agentes etiológicos,

Figura 1: Tipos de enfermedades tropicales desatendidas y sus agentes etiológicos

Enfermedad tropical desatendida	Agente etiológico
Úlcera de Buruli	<i>Mycrobacterium ulcerans</i>
Enfermedad de Chagas	<i>Trypanosoma cruzi</i>
Dengue/Chikungunya	Virus del Dengue, virus del Chikunguya
Dracunculosis	<i>Dracunculus medinensis</i>
Equinococosis	<i>Echinococcus granulosus</i> , <i>Ecchinococcus multilocularis</i>
Trematodiasis de transmisión alimentaria	Trematodos
Tripanosomiasis africana humana	<i>Trypanosoma brucei</i>
Leishmaniasis	<i>Leishmania spp.</i>
Lepra	<i>Mycrobacterium leprae</i>

Este fragmento se localiza en la página X de la introducción del documento, correspondiente a la página 12 de la versión en PDF disponible en línea en el siguiente enlace <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>

Filariasis linfática	<i>Wuchereria bancrofti, Brugia malayi, Brugia timori</i>
Micetoma, cromoblastomycosis y otras micosis profundas	Hongos y bacterias
Oncocercosis	<i>Onchocerca volvulus</i>
Rabia	Virus de la rabia
Sarna y otras ectoparasitosis	<i>Sarcoptes scabiei</i>
Esquistosomiasis	<i>Schistosoma spp.</i>
Helmintiasis transmitidas por el suelo	Gusanos intestinales
Envenenamiento por mordeduras de serpiente	Serpientes venenosas
Teniasis/cisticercosis	<i>Taenia solium</i>
Tracoma	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Pian	<i>Treponema pallidum pertenue</i>

Fuente de procedencia: Elaboración propia a partir de Hotez *et al.* (2020) y Verjee (2019).

Los patógenos responsables de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) son sumamente diversos e incluyen virus, hongos, bacterias, protozoos y helmintos. Sus ciclos de transmisión suelen ser complejos y con frecuencia requieren de huéspedes intermediarios o vectores como pueden ser los mosquitos, los flebótomos o los caracoles, los cuales actúan como eslabones fundamentales en la propagación (Alvar y Pécoul, 2014). Es precisamente esta heterogeneidad lo que explica la dificultad existente de abordarlas de manera uniforme ya que mientras algunas infecciones se transmiten con rapidez a través de la picadura de un insecto, otras se manifiestan como infestaciones parasitarias de larga duración que permanecen latentes en el organismo durante años (Mackey *et al.*, 2014)

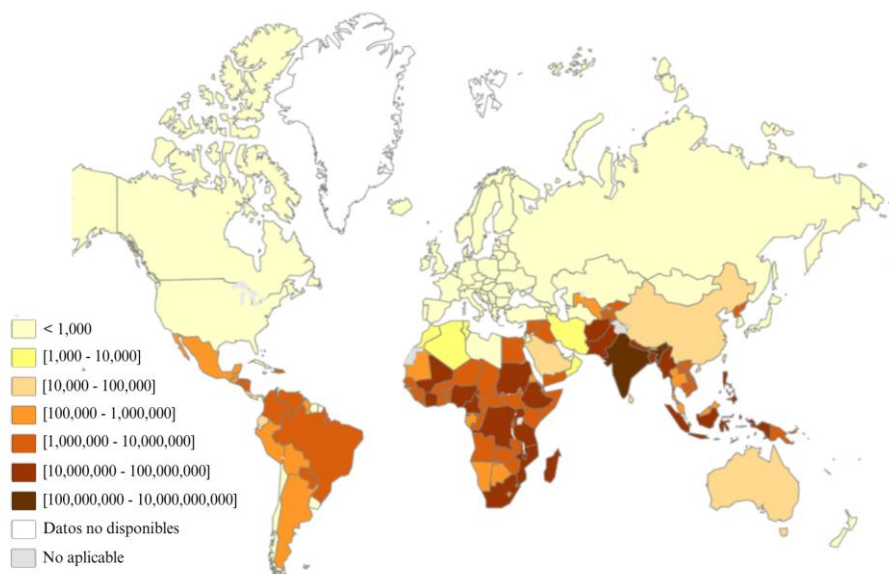
Las ETD presentan una gran diversidad clínica, desde síntomas leves hasta cuadros incapacitantes o mortales, afectando tanto la salud como la participación social y laboral de las personas (Hotez *et al.*, 2020; Molyneux *et al.*, 2018). La OMS estima que estas enfermedades generan 14,1 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) anuales (OMS, 2025). Ejemplos concretos incluyen la filariasis linfática, que afectó a más de 657 millones de personas en 2023, con 36 millones desarrollando discapacidad crónica; la esquistosomiasis, que infectó a 251,4 millones en 2021 y provoca complicaciones hepáticas y vesicales; y las helmintiasis transmitidas por el suelo, que afectan a 1.500 millones de personas y generan anemia, malnutrición y retraso cognitivo (OMS, 2023a; 2023b; Shen y Luo, 2021). Algunas ETD son potencialmente letales si no

se tratan, como la leishmaniasis visceral y la enfermedad de Chagas, mientras que otras, como la lepra avanzada y la úlcera de Buruli, causan desfiguraciones que generan estigmatización y consecuencias sociales graves (OMS, 2023c; Saraiva *et al.*, 2021; Azubuike *et al.*, 2024).

Uno de los avances en la definición aportada por la OMS es precisamente el reconocimiento de la carga socioeconómica junto con las consecuencias físicas y humanas de estas enfermedades (OMS, 2021). Su impacto se ve agravado por condiciones de pobreza, limitaciones en la atención sanitaria, deficiencias en salud pública, malas condiciones ambientales y rápida urbanización, que perpetúan un ciclo de pobreza y enfermedad (Mackey *et al.*, 2014). Desde una perspectiva macroeconómica, las ETD representan pérdidas anuales de entre 12.000 y 15.000 millones de dólares para el PIB y PIM de los países afectados (Immurana *et al.*, 2024). En África Oriental, el AVAD alcanzó 21.824 millones de dólares internacionales, mientras que la pérdida de productividad de la población en edad laboral fue de 2.588 millones, equivalente al 0,392% del PIB regional (Kirigia y Kubai, 2023). Esto evidencia que el impacto de las ETD va más allá de la economía, reflejando un sufrimiento humano considerable, especialmente en comunidades rurales pobres donde el trabajo físico es esencial, de modo que incluso pequeñas pérdidas de productividad afectan significativamente a individuos y familias (King y Bertino, 2008).

Una característica importante de las ETD es su tradicional descripción como enfermedades asociadas a regiones geográficamente delimitadas por climas tropicales y áridos (OMS, 2021). No obstante, un análisis comparativo de los mapas mundiales que muestran el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2023 (Figura 2) y el número de personas que requieren atención por ETD en el mismo año (Figura 3) invita a una reflexión que trasciende las explicaciones puramente climáticas o epidemiológicas. Los mapas evidencian que las ETD se concentran especialmente en aquellas zonas del mundo caracterizadas por bajos niveles de desarrollo humano, limitaciones en el acceso a servicios de salud, pobreza persistente y deficiencias en infraestructura básica, lo que sugiere que su aparición y mantenimiento están estrechamente ligados a desigualdades socioeconómicas y estructurales.

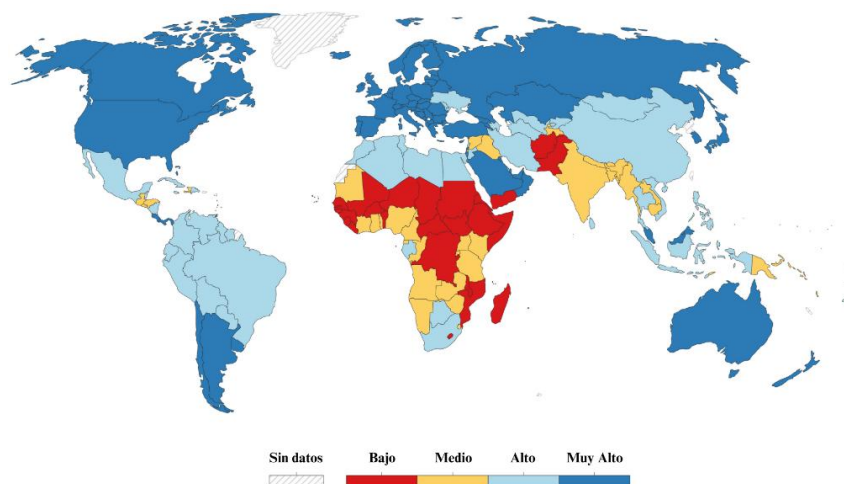
Figura 2: Número de personas que requieren intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) en 2023 (mapa)



Fuente de procedencia: WHO (2023b).

<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/reported-number-of-people-requiring-interventions-against-ntds>

Figura 3: Índice de Desarrollo Humano por grupos⁶ en 2023 (mapa)



Fuente de procedencia: Our World in Data (2025) <https://ourworldindata.org/grapher/human-development-index-groups?time=2023>

⁶ Los grupos se dividen según estos rangos: Bajo (< 0.550); Medio (0.550 - 0.699); Alto (0.700 - 0.799); Muy alto (\geq 0.800).

Aunque las ETD son en gran medida prevenibles y tratables mediante intervenciones médicas rentables, han sido sistemáticamente relegadas en los marcos políticos internacionales y rara vez figuran entre las prioridades de financiación (CA *et al.*, 2023; Mackey *et al.*, 2014). Esta ausencia de centralidad en la agenda sanitaria mundial refleja no solo limitaciones técnicas o presupuestarias, sino también jerarquías geopolíticas más amplias, en las que las regiones empobrecidas permanecen invisibilizadas o consideradas secundarias dentro de la gobernanza global de la salud (Baquero, 2021; McMurray, 2004).

El caso de las ETD constituye así un ejemplo paradigmático que refleja con claridad todo el marco teórico previamente expuesto. Se trata de enfermedades que, a pesar de ser consideradas históricas y de afectar cada año a millones de personas, reciben muy poca financiación y atención dentro del imaginario global de prioridades sanitarias (Alvar y Pécoul, 2014). La razón de esta paradoja está en su marca social. Las ETD son, en esencia, enfermedades de la pobreza (OMS, 2021), atravesadas por un sello racial y por una inscripción directa en el subdesarrollo que operan como un recordatorio de la diferencia entre el ciudadano pleno y aquel que se considera incompleto; el sano frente al insano, el desarrollado frente al subdesarrollado (Fanon, 1965; Escobar, 2007). En salud, esto se traduce en la configuración de un *otro* médico cuya vulnerabilidad se naturaliza y cuya atención se posterga, lo que implica que se genere una medicalización jerárquica de la alteridad, donde ni siquiera los propios países donde las enfermedades son endémicas logran priorizarlas, pues tienden a reproducir las jerarquías establecidas desde Occidente, centrando sus esfuerzos en aquellas áreas que garantizan mayor legitimidad o retorno económico (Akbulut y Razum, 2022).

En este contexto, resulta fundamental detenerse en ejemplos concretos que permitan dar cuerpo a estas dinámicas de exclusión. Entre todas las ETD, la esquistosomiasis ofrece un caso especialmente interesante, pues es una de las enfermedades más endémicas del mundo y, sin embargo, una de las que menos atención e investigación han recibido (Mwinzi *et al.*, 2025).

3.2. Esquistosomiasis

La esquistosomiasis también conocida como *bilharziasis*, es una parasitosis que afecta tanto a seres humanos como a animales domésticos. Su origen se encuentra en gusanos trematodos del género *Schistosoma*, capaces de generar manifestaciones clínicas que van desde cuadros agudos hasta formas crónicas de la enfermedad en las personas (Ekloh *et al.*, 2024).

Actualmente, está catalogada como una de las ETD más endémicas, que en términos de magnitud ocupa el segundo lugar después de la malaria (Nelwan, 2019; Inobaya *et al.*, 2014). Según estimaciones, en 2020 aproximadamente 240 millones de personas en 78 países requerían quimioterapia preventiva contra esta enfermedad, de las cuales alrededor del 90% residían en África (Ally *et al.*, 2024; Ekloh *et al.*, 2024). Las cifras de mortalidad son igualmente alarmantes pues se calcula que cada año fallecen entre 280.000 y 300.000 personas, con una concentración superior al 87% en el continente africano (Nelwan, 2019; Carbonell *et al.*, 2021).

La OMS (2022) en su *Guía para el control y la eliminación de la esquistosomiasis humana* determina que las poblaciones con un mayor impacto de la enfermedad son comunidades empobrecidas, donde las condiciones de vida favorecen la transmisión. El desconocimiento acerca de cómo se propaga, junto con la imposibilidad de evitar el contacto con aguas contaminadas potencia su expansión ya que, en muchos casos, el agua se utiliza no solo para consumo, sino también para la agricultura, la pesca o actividades recreativas, lo que incrementa los riesgos de contagio. Por ello, se estima que los grupos más afectados suelen ser escolares, adolescentes, mujeres, agricultores y pescadores, que además conviven con un acceso limitado a agua potable, un saneamiento insuficiente y servicios de salud precarios.

Actualmente se distinguen seis tipos de patologías (Figura 4) asociadas al *Schistosoma*, las cuales son responsables de las dos expresiones más comunes de la enfermedad, la esquistosomiasis intestinal y la esquistosomiasis urogenital (Nelwan, 2019; Ekloh *et al.*, 2024).

Figura 4: Especies de *Schistosoma spp.*, distribución geográfica, tipos de intermediarios y presentaciones clínicas

GRUPO	ESPECIE	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA	TIPO DE INTERMEDIARIO	TIPO DE PRESENTACIÓN
Grupo japonicum	<i>Schistosoma japonicum</i>	Asia central y sudeste asiático	Oncomelania	Esquistosomiasis intestinal
	<i>Schistosoma mekongi</i>	Sudeste asiático	Neotricula	Esquistosomiasis intestinal
Grupo mansoni	<i>Schistosoma mansoni</i>	África y América Latina	Biomphalaria	Esquistosomiasis intestinal
Grupo hematobium	<i>Schistosoma hematobium</i>	África, islas del océano Índico, península arábigica y Europa	Biomphalaria	Esquistosomiasis intestinal
	<i>Schistosoma intercalatum</i>	África central	Bulinus	Esquistosomiasis urogenital
	<i>Schistosoma guineensis</i>	África occidental	Bulinus	Esquistosomiasis intestinal

Fuente de procedencia: Elaboración propia a partir de a partir de Nelwan (2019) y Ekloh *et al.* (2024).

3.2.1. Ciclo de vida

La esquistosomiasis tiene un ciclo de vida complejo en el que intervienen tanto los huéspedes definitivos (seres humanos) como los huéspedes intermediarios (caracoles de agua dulce). La transmisión ocurre cuando los huevos liberados por las personas infectadas a través de la orina o las heces llegan al agua (1). Al entrar en contacto con el medio acuático, los huevos eclosionan y liberan los miracidio (2), larvas que solo sobreviven unas pocas horas y cuya única función es encontrar un caracol (3) adecuado para continuar el ciclo (Ekloh *et al.*, 2024; Inobaya *et al.*, 2014; Aula *et al.*, 2021; Buonfrate *et al.*, 2025).

Una vez dentro del caracol, los miracidios se transforman en esporocistos (4). Estos son conocidos como esporocistos madre que, mediante reproducción asexual, generan esporocistos hijos que migran hacia los tejidos hepáticos y reproductivos del molusco. Pasadas entre dos y cuatro semanas, los caracoles liberan al agua cientos de cercarias (5), unas larvas con cola que les permite nadar libremente en busca de un nuevo huésped mamífero (Inobaya *et al.*, 2014; Ekloh *et al.*, 2024).

Cuando una persona entra en contacto con agua contaminada (6), las cercarias detectan la piel humana y penetran mediante una combinación de actividad mecánica y secreción de enzimas proteolíticas (sustancias que disuelven la proteína de la piel y permiten la entrada). Una vez atravesada la piel, pierden la cola y se transforman en esquistosómulos

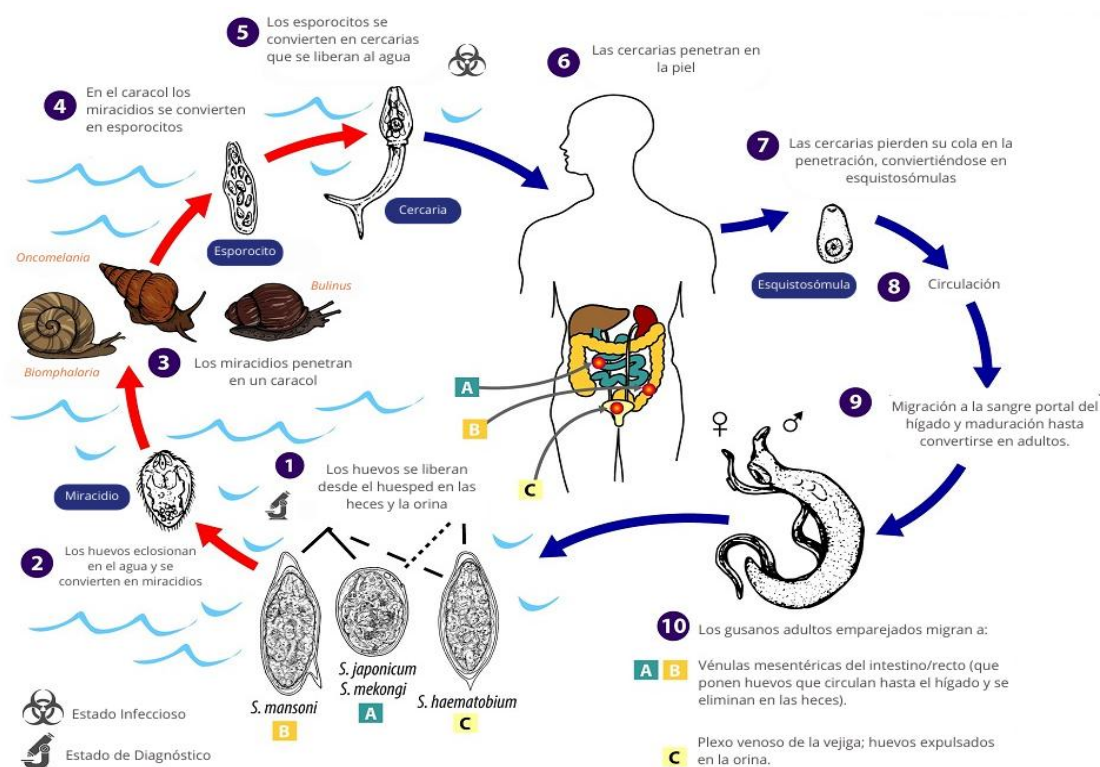
(7). Estos atraviesan la epidermis y la dermis y luego migran (8) hacia el sistema venoso o linfático (Inobaya *et al.*, 2014; Verjee, 2019; Ekloh *et al.*, 2024).

A partir de este momento, los esquistosómulos inician un viaje interno a través del sistema circulatorio (9). Primero llegan al corazón y a los pulmones, desde donde se trasladan al hígado, concretamente a la circulación portal. Allí maduran y alcanzan la fase adulta (Verjee, 2019; Aula *et al.*, 2021; Buonfrate *et al.*, 2025; Inobaya *et al.*, 2014). Una característica única de los esquistosomas frente a otros trematodos es que pueden mantenerse vivas dentro del organismo humano durante años, incluso hasta cuatro décadas en algunos casos documentados (Aula *et al.*, 2021; Buonfrate *et al.*, 2025).

Las localizaciones finales (10) de los adultos dependen de la especie. *S. mansoni*, *S. intercalatum* y *S. japonicum* suelen ubicarse en los vasos mesentéricos del intestino, mientras que *S. haematobium* lo hace en el plexo vesical de la vejiga y los uréteres (Inobaya *et al.*, 2014; Buonfrate *et al.*, 2025; Ekloh *et al.*, 2024). Una vez instaladas, las hembras comienzan a poner huevos entre cuatro y seis semanas después de la infección.

No todos los huevos logran salir del cuerpo. Alrededor de la mitad son excretados al ambiente a través de la orina o las heces, lo que permite que el ciclo se reinicie al llegar nuevamente al agua dulce (1). La otra mitad queda atrapada en los tejidos humanos, donde provoca respuestas inflamatorias e inmunológicas que son responsables tanto de las formas agudas como de las crónicas de la enfermedad (Aula *et al.*, 2021; Buonfrate *et al.*, 2025; Verjee, 2019).

Figura 5: Ciclo de Vida del *Schistosoma* spp.



Fuente de procedencia: Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2024).
<https://www.cdc.gov/dpdx/schistosomiasis/index.html>

3.2.2. Presentaciones clínicas

La esquistosomiasis presenta un abanico amplio de manifestaciones clínicas que varían según el momento de la infección, la especie involucrada y la intensidad de la carga parasitaria (Nelwan, 2019). Se distinguen cuatro fases principales: dermatitis cercarial, esquistosomiasis aguda, la fase crónica no complicada y la fase crónica complicada (Buonfrate *et al.*, 2025).

La dermatitis cercarial es la primera forma en la que la enfermedad se hace visible. Se produce en el mismo momento en que las larvas penetran la piel durante el contacto con agua contaminada (Carbonell *et al.*, 2021; Aula *et al.*, 2021). Lo que aparece es una erupción pasajera, con picor intenso y en ocasiones pequeños granos o urticaria en la zona de contacto (Buonfrate *et al.*, 2025; Colley *et al.*, 2014).

Semanas después de la infección, algunas personas desarrollan un cuadro febril que refleja la respuesta del cuerpo frente a la migración de los parásitos y al inicio de la producción de huevos (Ross *et al.*, 2007). Esta etapa se conoce como esquistosomiasis aguda o fiebre de Katayama, cuyos síntomas incluyen fiebre, escalofríos, tos, cansancio

general, mialgias, diarrea y en algunos casos hepatoesplenomegalia (aumento del tamaño del hígado y del bazo) (Ross *et al.*, 2007; Carbonell *et al.*, 2021).

Cuando la infección se prolonga, la esquistosomiasis entra en una etapa más estable pero que resulta dañina a largo plazo. En esta fase crónica no complicada, los huevos se incrustan en diferentes órganos, produciendo inflamación y lesiones locales. En su forma intestinal reproducida sobre todo por el *S. mansoni* y el *S. japonicum*, provoca dolor abdominal recurrente, diarrea persistente con sangre, estreñimiento intermitente y pérdida de peso. En algunos casos aparece también dolor hepático que representa un signo temprano de lo que puede convertirse en complicaciones mayores (Montané, 2014; Buonfrate *et al.* 2025; OMS, 2022). En su forma urogenital, causada principalmente por el *S. haematobium*, los síntomas se expresan en el aparato urinario con disuria (dolor al orinar), hematuria (sangre en la orina) e infecciones urinarias repetidas. En mujeres se conoce como esquistosomiasis genital femenina (FGS en sus siglas en inglés) y corresponde a cuando los huevos se asientan en el tracto reproductor, provocando dolor pélvico, sangrados anormales, infertilidad y mayor vulnerabilidad a otras infecciones como el VIH. En los hombres la esquistosomiasis genital masculina puede dar lugar a inflamaciones, dolor y, en algunos casos, infertilidad (Bustinduy *et al.*, 2022; Colley *et al.*, 2014; Buonfrate *et al.*, 2025).

La fase crónica complicada es el estadio más severo de la enfermedad, en el que la acumulación persistente de huevos conduce a daños irreversibles. En la forma intestinal, una parte de las personas desarrolla fibrosis hepática (cicatrización en las paredes del hígado) e hipertensión portal, lo que produce esplenomegalia masiva (agrandamiento del bazo), ascitis (acumulación de líquido en el abdomen) y hemorragias digestivas que pueden ser mortales (Montané, 2014; Buonfrate *et al.* 2025; Carbonell *et al.*, 2021). En la forma urogenital, el daño repetido sobre la vejiga y los uréteres puede acabar en insuficiencia renal crónica o incluso en cáncer de vejiga, una de las complicaciones más comunes en contextos endémicos (Mago *et al.*, 2008; Bustinduy *et al.*, 2022) Además, los huevos pueden desplazarse hacia órganos menos habituales, dando lugar a formas llamadas *ectópicas* (Buonfrate *et al.*, 2025). En el sistema nervioso central pueden provocar convulsiones, parálisis o mielitis transversa (inflamación de la médula espinal que produce parálisis) (Carod-Artal, 2008). En los pulmones, hipertensión pulmonar progresiva y fallo cardíaco derecho (Sibomana *et al.*, 2020). Estas manifestaciones

revelan que la esquistosomiasis no es solo una enfermedad intestinal o urinaria, sino un proceso que puede afectar a todo el cuerpo.

3.2.3. Tratamiento

El tratamiento de la esquistosomiasis se basa esencialmente en el uso de la quimioterapia preventiva como principal vía terapéutica a través del praziquantel, el cual representa el fármaco reconocido por la OMS y el que por lo tanto es aplicado a nivel internacional por las organizaciones de asistencia sanitaria (OMS, 2021). Según diferentes estudios, su eficacia ronda entre el 65% y el 90%. Sin embargo, esta eficacia tiene una limitación crucial pues el praziquantel muestra escasa actividad contra las formas juveniles o esquistosómulas, lo que hace necesario en muchos casos repetir el tratamiento entre 2 y 4 semanas después para eliminar aquellos parásitos que en el momento de la primera dosis aún no habían alcanzado la madurez (Nelwan, 2019; Villamizar-Monsalve *et al.*, 2024).

Los programas de administración masiva de medicamentos (MDA), que representan la estrategia mayor y universalmente utilizada para el control y dosis del tratamiento en zonas endémicas, se basan en la distribución periódica de praziquantel, priorizando a los niños en edad escolar, considerada la población más afectada, a través de programas que aprovechan las estructuras educativas de los propios países endémicos (Caffrey, 2015; Aula *et al.*, 2021; Buonfrate *et al.*, 2025). La frecuencia de estas campañas se determina según la prevalencia local. A pesar de que su implementación siempre se da gran escala, persiste el desafío de la reinfección que sigue siendo abrumador en muchas regiones donde las estrategias no toman en cuenta factores de prevención como la exposición cotidiana a aguas contaminadas, las coberturas imperfectas de tratamiento y la falta de infraestructuras básicas que perpetúan la transmisión (Villamizar-Monsalve *et al.*, 2024; OMS, 2021).

Y es que la barrera real que impide su eliminación trasciende lo meramente farmacológico. En la hoja de ruta de la OMS (2021) se reconoce con claridad que una estrategia basada únicamente en el tratamiento masivo es insuficiente para interrumpir la transmisión y lograr la eliminación de la esquistosomiasis como problema de salud pública para 2030. En su defecto, proponen un paradigma que camina hacia un enfoque transversal integrado que combine la toma de medicamentos con intervenciones en el agua, saneamiento e higiene (lo que se conoce como el programa WASH), el control de los caracoles vectores mediante métodos ambientales, la vigilancia epidemiológica

precisa y la educación comunitaria para modificar conductas de riesgo. Este enfoque multisectorial, también denominado *One Health*, es un primer paso en el reconocimiento de la figura asistencial de la atención médica internacional pero que evidencia la necesidad de implantar programas e infraestructuras fuertes que sustenten un proyecto con esa transversalidad, el cual implica transformaciones en las bases políticas y económicas de los países señalados.

En este esfuerzo, el caso de Nigeria constituye una oportunidad de análisis sin precedentes. Desde hace ocho años, el país africano impulsa programas para la reducción y el tratamiento de la esquistosomiasis; sin embargo, los resultados no han respondido a las expectativas. De la misma manera, el caso de Nigeria plantea un marco de análisis que permite estudiar de forma decolonial la definición de sus prioridades de financiación actuales, así como la división sociopolítica y geográfica que caracteriza al país.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo teórico se ha llevado a cabo un análisis bibliográfico a partir del cual se ha construido una línea argumental que, en diálogo con las entrevistas semiestructuradas, permite situar la investigación mediante un estudio de caso centrado en la interacción entre factores sociales y de género, y su relación con variables epidemiológicas en el contexto específico de Nigeria. Estas entrevistas han funcionado como un vehículo para trasladar a un plano experiencial lo señalado por la teoría, recogiendo las percepciones y vivencias de personas que habitan y reflexionan directamente sobre dicho entorno.

Este marco partió de unos objetivos iniciales centrados en explorar las desigualdades de género en las consecuencias de la esquistosomiasis. Sin embargo, en el desarrollo de la investigación, a través de la indagación en el contexto nigeriano, fue necesario revisar y rearticular dichos objetivos hacia una perspectiva interseccional, decolonial y crítica, que vincula la dimensión de género con factores históricos, político-sociales y con las dinámicas de la cooperación internacional.

Estos ajustes han sido fundamentales, pues han permitido situar la producción de conocimiento en un marco contextualizado, mostrando cómo el género se encuentra imbricado en múltiples dimensiones de la realidad nigeriana. Así, se ha formulado un objetivo general consistente en explorar las formas en que se construyen y transmiten las experiencias de mujeres y hombres afectados por la esquistosomiasis en comunidades rurales de Nigeria, a partir de los testimonios de las organizaciones que trabajan con la enfermedad, con el fin de identificar diferencias en las consecuencias sociales, económicas y culturales de la enfermedad, así como en las dinámicas estructurales que contribuyen a su invisibilización.

Este trabajo parte de la hipótesis de que, en las comunidades rurales de Nigeria, la esquistosomiasis genera consecuencias sociales, económicas y culturales diferenciadas entre mujeres y hombres, debido a las normas y roles de género vinculados al ámbito familiar, comunitario y sanitario. Tales diferencias producen formas desiguales de estigmatización que incrementan la vulnerabilidad de poblaciones ya afectadas por condiciones estructurales adversas del ámbito social, político y ambiental. De ahí la

necesidad de promover modelos de intervención que aborden las desigualdades de género y articulen los factores político-sociales en el diseño de estrategias de atención.

En relación con la dimensión empírica de este trabajo, es importante señalar que se ha desarrollado mediante una metodología cualitativa basada en entrevistas personales semiestructuradas. La investigación cuenta con el Informe Favorable del Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos (CEISH)⁷ de la Universidad del País Vasco, (UPV/EHU).

Como un primer paso del trabajo empírico, se llevó a cabo un mapeo⁸ de las organizaciones que trabajan actualmente con comunidades rurales nigerianas afectadas por esquistosomiasis. Aunque desde el inicio se buscaba priorizar la experiencia de personas vinculadas a organizaciones de cooperación, tanto locales como internacionales, el mapeo no se limitó únicamente a este ámbito. Se consideró de esta manera, la importancia de ampliar la mirada hacia centros de investigación, universidades e instituciones públicas relacionadas con el estudio y abordaje de la enfermedad, con el propósito de obtener una visión integral y plural de la situación.

En una segunda fase, se contactó a todas estas entidades mediante un correo electrónico⁹ de invitación para participar en la investigación. La rápida disposición de los perfiles contactados permitió finalmente contar con la colaboración de nueve personas, organizadas en tres grupos principales¹⁰:

1. Por un lado, representantes y trabajadores de ONG locales y externas dedicadas a proyectos de prevención, atención y tratamiento de la esquistosomiasis en Nigeria.
2. Por otro lado, investigadores y miembros de grupos de trabajo centrados en el análisis de la situación endémica y social de la esquistosomiasis en el país.

⁷Anexo 1. Informe del Favorable del Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos (CEISH-UPV/EHU) BOPV 32, 17/2/2014. Comité que ha evaluado la propuesta de la investigadora Dña. Haizea Prados, M10_2024_350, para la realización del proyecto de investigación: *La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis*.

⁸Anexo 2. Mapeo de las entidades relacionadas con la esquistosomiasis en Nigeria.

⁹Anexo 3. Email de contacto para las entrevistas semiestructuradas.

¹⁰Anexo 4. Descripción de los perfiles entrevistados y división por grupos de los mismos.

3. Finalmente, funcionarios y profesionales vinculados a la planificación de programas del gobierno federal de Nigeria, específicamente en el marco de las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD) y la esquistosomiasis.

La diversidad de perfiles refleja la amplitud de actores implicados en los procesos y estrategias de intervención frente a la enfermedad. De la misma manera, las entrevistas abarcaron prácticamente la totalidad del territorio nacional, lo que permitió recoger testimonios que reflejan la diversidad geográfica y cultural del país.

Las entrevistas, de entre una y dos horas de duración, se realizaron en formato online debido a las distancias geográficas utilizando el inglés como lengua de trabajo. En consecuencia, toda la documentación generada se produjo en este idioma. Previamente, cada participante recibió un documento de consentimiento informado (DCI)¹¹ en el que se detallaban los objetivos del estudio, la duración de la entrevista y de manera central, la solicitud de autorización para la grabación de audio, garantizando en todo momento el respeto a la privacidad y la autonomía de los participantes. Finalmente, para las entrevistas se empleó un guion semiestructurado que se organizó en seis bloques temáticos fundamentales¹²:

- Bloque 1: Introducción al trabajo dentro de la organización y contextualización geográfica y cultural del país.
- Bloque 2: Normas sociales, roles de género y acceso a servicios de salud.
- Bloque 3: Consecuencias sociales, económicas y culturales de la esquistosomiasis y su impacto diferencial según género.
- Bloque 4: Contexto político, sanitario y ambiental de Nigeria en relación con la esquistosomiasis.
- Bloque 5: Papel de los actores externos, ONG y organismos internacionales en la atención de la esquistosomiasis en el país.
- Bloque 6: Modelos de intervención y enfoques hacia las desigualdades de género y la integración comunitaria.

¹¹Anexo 5. Documento de consentimiento informado (DCI) para las entrevistas semiestructuradas en ambos idiomas castellano e inglés,

¹²Anexo 6. Guion orientativo de las entrevistas semiestructuradas.

Así el siguiente análisis busca contextualizar los discursos recogidos¹³ y aportar una comprensión más profunda de la realidad del país. La organización de dicho estudio se desarrollará en distintos apartados, orientados a responder los objetivos específicos de la investigación planteados en el capítulo inicial.

4.1. Incidencias en la investigación

Como suele ser habitual en un proceso de investigación, durante el proceso cualitativo surgió la oportunidad de realizar cuestionarios¹⁴ a mujeres y líderes comunitarios de distintas comunidades hausa en el norte de Nigeria, gracias a la colaboración del grupo de trabajo sobre parasitosis y enfermedades tropicales desatendidas del *Africa Centre of Excellence for Neglected Tropical Diseases and Forensic Biotechnology* (ACENTDFB) el cual, aprovechando su estancia en dichas comunidades, realizó alrededor de 150 cuestionarios¹⁵ que recogían información sobre el conocimiento de la esquistosomiasis, los roles comunitarios y la dimensión sociogenérica de la enfermedad¹⁶

¹³ Las transcripciones de las entrevistas, tanto en castellano como en inglés, se pueden encontrar en el documento de trabajo de campo complementario a la investigación.

¹⁴Anexo 7. Es importante señalar que a todas las personas que participaron en los cuestionarios se les entregó un documento de Consentimiento Informado, redactado en hausa, en el que se explicaban los detalles del estudio y se recogía su voluntad de participación y el respeto a su anonimato. Este DCI se ha incorporado tanto en hausa como en castellano.

¹⁵Anexo 8. Guion de los cuestionarios incorporado en castellano y en hausa.

¹⁶ Pese al valor de este esfuerzo y reconociendo expresamente el trabajo de las/los compañeras/os, se decidió no incorporar este material. No obstante, estos resultados han sido un gran apoyo para la comprensión profunda de la realidad rural nigeriana, los cuales se prevén conservar para investigaciones futuras más exhaustivas.

5. ESTUDIO DE CASO: LA ESQUISTOSOMIASIS EN NIGERIA

5.1. Contexto histórico de Nigeria: colonialismo y fragmentación geográfica

Nigeria representa el país más poblado del África subsahariana, con más de 227 millones de habitantes (WHO, 2023c), el cual concentra un gran abanico de diversidad identitaria. No solo es multiétnico y multicultural, sino también multi-religioso, conviviendo en su interior más de 250 grupos étnicos y alrededor de 500 lenguas indígenas (Oluwadele *et al.*, 2023; African Commission on Human and Peoples' Rights [ACHPR], 2025). Un contexto donde predominan dos religiones mayoritarias el islam y el cristianismo, junto con la latente presencia de las distintas prácticas religiosas tradicionales africanas que aún se conservan y que forman parte del tejido cultural de las comunidades (Embajada de Nigeria en Roma, 2025).

El territorio se agrupa en seis zonas geopolíticas diferentes (Figura 7), sobre las que se erigen 3 tres grandes grupos étnicos mayoritarios que concentran aproximadamente el 70% de la población total del país: los *igbos* (zona Sur-Este), los *yorubas* (zona Sur-Oeste) y los *hausa-fulani* (zona Norte). Existen otros grupos importantes, cada uno con más de un millón de miembros, como los *kanuri* (zona Norte-Oeste), los *tiv* (zona Central al Este), los *edo* (zona Sur-Sur) y los *ibibios* (zona Sur-Sur). El 20% restante de la población está compuesto por más de 300 grupos étnicos de menor población, generalmente concentrados en la zona central del país (Embajada de Nigeria en Roma, 2025).

Figura 6: Zonas geopolíticas de Nigeria (mapa)



Fuente de procedencia: Elaboración propia¹⁷.

La diversidad interna de Nigeria se manifiesta en un entramado cultural y religioso complejo donde el Norte con un clima más árido y dominado por los hausa-fulani, es mayoritariamente musulmán, y en varios de sus estados la *sharía* constituye todavía un marco legal vigente. El Sur, de clima húmedo y tropical, es predominantemente cristiano, aunque la pluralidad cultural característica de esta zona continúa conservando tradiciones animistas, y un suroeste yoruba donde conviven comunidades musulmanas y cristianas (Gil, 2020).

El poder político, económico y demográfico se articula en torno a tres grandes núcleos que encarnan estas divisiones. Por un lado, el área metropolitana de Lagos y los estados yoruba que la rodean conforman el motor económico del país, donde se localizan el principal puerto, la capital financiera y la concentración más densa de industria, comercio y servicios. Por otro lado el delta del Níger caracterizado por su diversidad étnica constituye el epicentro de la industria petrolera y la fuente principal de los ingresos por

¹⁷ Este mapa se ha construido por medio de la página web Paintmaps.com, la cual se puede encontrar en el siguiente enlace: <https://paintmaps.com/map-charts/301/Nigeria-map-chart>

exportación. Finalmente, en el norte central, Kano y Kaduna emergen como polos urbanos donde se despliega el corazón agrícola del país, además de que mantienen un rol histórico como centros del poder político y administrativo del Norte (Gil, 2020; AFEX, 2020; Kano Chamber of Commerce, Industry, Mines and Agriculture [KACCIMA], 2025).

Esta riqueza cultural, sin embargo, presenta un gran punto de tensión pues se traduce en un factor determinante para las dinámicas sociopolíticas y económicas del país. El estudio del contexto actual de Nigeria donde conviven la ubicación estratégica de ciertas zonas para la extracción de recursos naturales como el petróleo, el gas natural, el litio o el coltán, con latentes conflictos étnicos y territoriales, ha dado lugar a una profunda desigualdad entre regiones (Karmakar, 2023; Ebegbulem, 2011). El Norte, a pesar de representar menos del 40% de la población (Gil, 2020) concentra la mayor tasa de pobreza, alcanzando el 65% (National Bureau of Statistics, 2022), mientras que el Sur que concentra los mayores estados petrolíferos, presenta mayores niveles de recursos e infraestructura, siendo su PIB per cápita más del doble que el de la zona Norte (Lagos y Maiduguri, 2024).

Diversos estudios (Okonkwo, 2023; Attah, 2013; Okereka *et al.*, 2020; Achimugu *et al.*, 2013; Ebegbulem, 2011; Femi, 2024) explican que esta diferenciación (Norte-Sur) se debe al proyecto de creación del propio país por parte del régimen colonial. Argumentan que la colonización británica de Nigeria no fue un proceso homogéneo ni lineal, sino un proyecto político de diferenciación interna que, desde una mirada decolonial, puede entenderse como la fabricación deliberada de jerarquías que aún hoy estructuran el país entre un Sur urbanizado y económicamente rico, y un Norte mayoritariamente rural y primario.

La colonización británica comenzó desde el objetivo de hacer de Nigeria, un territorio de extracción de materias para el impulso de imperio británico (Suleimuri, 2017). En el Sur se dio a mediados del siglo XIX, inicialmente a través de la actividad misionera y comercial, centrada en la extracción de aceite de palma (Okonkwo, 2023). La diversidad política de los reinos precoloniales yoruba y la ausencia de una estructura centralizada única, llevaron a los británicos a poder implantar un gobierno directo en la región Sur. Este sistema implicaba la imposición directa de administradores elegidos por la colonia que reemplazaban o marginaban a las autoridades indígenas existentes, creando una estructura de urbanización de corte modernista que se sustentaba en escuelas misioneras,

tribunales de la Corona y una burocracia colonial que imponía la occidentalización de la región Sur (Yusuf, 2017; Okonkwo, 2023). El inglés se convirtió en la lengua de la administración, subordinando los idiomas locales a los espacios comunitarios (Ecoma, 2019).

El Norte, por el contrario, fue colonizado posteriormente con la derrota del Califato de Sokoto en 1903. Los británicos encontraron en este contexto un territorio altamente unificado bajo un sistema islámico centralizado, con una estructura administrativa y judicial bien establecida basada en la sharía. De esta manera, para evitar conflictos en una sociedad tan homogeneizada, la colonia implementó allí una política de gobierno indirecto (Okonkwo, 2023). Es decir, un sistema gobernado a través de los emires y la aristocracia tradicional que mantenía intactas las estructuras de poder, mientras estas se sometían a la autoridad última del imperio británico para conservar su posición (Undiyaundeye, 2021; Ediba, 2012). De esta forma, la colonia impidió la influencia de los misioneros cristianos en el Norte para no alterar el orden social y religioso, lo que generó una disparidad en la occidentalización de las zonas (Okonkwo, 2023).

Así, la unificación formal de los protectorados del Norte y del Sur en la *Colonia y Protectorado de Nigeria* en 1914 por Frederick Lugard (administrador colonial británico) generaría que el Norte deficitario, fuese financiado por los excedentes generados en el Sur, lo que en sus palabras representaría como una fusión entre el "marido pobre", (el Norte) y una "esposa rica", (el Sur) (Pinto, 2025).

Adewara (2021), Falola (2024) y Ebegbulem (2011), determinan que esta amalgamación administrativa cristalizó las diferencias establecidas durante la colonia donde el Sur se caracterizó por el desarrollo de una economía de exportación con fuertes puntos urbanos como el Puerto de Lagos y el ferrocarril, y el establecimiento de una epistemología occidental marcada por la creación de las primeras universidades como la de Ibadan (ligada a la universidad de Londres), liderada por una élite política y económica anglófona que abrazaba las ideas modernas y un sistema legal británico secular (aunque se conservaban algunas cortes consuetudinarias). La modernidad colonial del Sur produjo así, un espacio urbano inserto en las dinámicas del progreso lineal del capitalismo global y en un horizonte político parlamentarista que aspiraba al autogobierno. Mientras, el Norte se mantuvo como una tierra secundaria de recursos primarios y agrícolas, con un desarrollo industrial y de infraestructuras mucho más lento, reforzando su carácter rural

y menos conectado con la economía global. Las élites religiosas rechazaban la educación occidental, limitando el acceso únicamente a escuelas coránicas y unas pocas escuelas oficiales británicas para la élite tradicional. Los sistemas judiciales estaban basados en la sharía y la religión formaba parte de la identidad política.

La independencia en 1960 no disolvió estas diferencias, sino que las intensificó. Las élites meridionales mejor posicionadas por su capital educativo y cultural, lideraron el discurso nacionalista y ocuparon muchos de los espacios del Estado moderno, mientras que las élites tradicionales del Norte se vieron obligadas a negociar su autonomía en un marco institucional que les era en gran medida ajeno (Ebegbulen, 2011; Bariledum y Serebe, 2013). El descubrimiento del petróleo en el delta del Níger y la concentración de infraestructuras en el Sur reforzaron la centralidad económica de esta región, alimentando el resentimiento de un Norte más rural y dependiente de la agricultura (Elaigwu, 2005; Oladunni *et al.*, 2022).

La adopción del inglés como lengua oficial en la independencia, no fue un gesto neutral de unidad, sino la prolongación de una jerarquía cultural que privilegiaba a quienes habían accedido a la educación colonial, reproduciendo así los marcos epistemológicos que reforzaban la hegemonía cultural británica.

La guerra civil de 1967-1970, desencadenada por la secesión de Biafra, expuso con crudeza estas fracturas y generó la posterior fragmentación del país por el régimen militar en 36 estados, con la que se buscaba controlar las tensiones mediante la disolución de grandes bloques regionales (Elaigwu, 2005). Sin embargo, la dependencia fiscal de estos estados respecto del gobierno federal, nutrido casi exclusivamente por las rentas petroleras del Sur, perpetuó una lógica clientelar y centralizada que profundizó las desigualdades (Suberu, 2001; Adebayo, 1993). Hoy estos estados poseen una aparente autonomía política, pero que realmente esconde una fuerte dependencia centralizada en el Gobierno Federal en materia de destinación de fondos y gestión de los recursos (Banco Mundial [BM], 2025).

Esta estructura se ha mantenido hasta la actualidad donde el Norte mantiene índices más bajos de escolarización, una estructura económica menos diversificada y un limitado acceso a servicios básicos como la asistencia sanitaria y servicios de agua, saneamiento e higiene (Fuller *et al.*, 2023; Doran, 2023; Dapel, 2018). Unas condiciones que han nutrido movimientos insurgentes como Boko Haram, en la zona Norte-Este y Norte-Central

también conocido como el *Cinturón Central de Nigeria*, los cuales articulan un rechazo a la occidentalización y a la marginación socioeconómica. Una insurgencia que tiene que ver no solo con la inseguridad, sino como una crisis de identidad, pues en su discurso defienden sus acciones como una respuesta a un intento colonial de borrado (Madueke, 2025; Fasakin, 2025).

El Sur, al contrario, concentra las mayores urbes globalizadas como Lagos, Port Harcourt o Abuya que encarnan la modernidad petrolera y extractiva, aunque también es escenario de resistencias contra la explotación de recursos y las empresas extractivas en el territorio rural, como las insurgencias en el delta del Níger (Karmakar, 2023).

Es interesante destacar la cuestión de las insurgencias para vislumbrar otra de las problemáticas latentes en el país, la replicación del sistema de dependencia entre lo urbano y lo rural. Las ciudades nigerianas concentran infraestructuras académicas, sanitarias, laborales y tecnológicas, además de una población altamente occidentalizada y separada de las tradiciones religiosas y culturales. En lo rural en cambio, tanto en el Norte como en el Sur, ha permanecido con acceso limitado a servicios básicos, con economías de subsistencia y marginado de los circuitos de poder y decisión (Okwuadimma, 2023; Okosun *et al.*, 2023; Onyeiwu, 2025).

Como ejemplo relevante para la temática del presente estudio, es en las urbes donde las mujeres tienen un acceso más fuerte a una independencia económica, mejorando su situación personal en cuanto a toma de decisiones en el hogar y presencia política. Mientras tanto las mujeres rurales presentan menores índices de independencia monetaria y acceso a la educación (Onakalu *et al.*, 2025).

Por lo tanto, la diferencia entre Norte-Sur y urbano-rural determinará la perspectiva desde la cual se analizarán las siguientes conversaciones, pues estas dicotomías de centro-periferia moldean las experiencias diferenciadas de la población nigeriana frente a la esquistosomiasis, y en particular las de las mujeres. Esta diferencia se podrá sentir a lo largo de todo el apartado, en el que se busca centrar la mirada en una enfermedad concreta, pero sin perder de vista las estructuras históricas que condicionan la manera en la que se vive en el presente.

5.2. Género y determinantes sociales de la esquistosomiasis

5.2.1. Cultura y servicios básicos: diferencias Norte-Sur y urbano-rural

La diferencia entre culturas y modos de vida, asociada directamente con las divisiones geográficas del país, aparece de manera recurrente en las entrevistas. En casi todas ellas, el Norte es descrito como un espacio más homogéneo y cerrado, mientras que el Sur se caracteriza por una pluralidad cultural y religiosa mucho más marcada. Tal como explica ACENTDFB-1¹⁸, *“la cultura está fuertemente moldeada por creencias religiosas, y esto influye en las tradiciones y percepciones”*.

De la misma manera, las diferencias territoriales tanto del Norte y del Sur moldean las características socioeconómicas que se llevan a cabo en cada zona, OHDI hace una introducción completa de este contexto,

En el sur de Nigeria tenemos suroeste, sur-sur y sureste. Ahí es donde tenemos la ciudad de Lagos, el centro comercial nigeriano. En la parte sur son predominantemente tribus yorubas. Estos son más educados que otras tribus en Nigeria, predominantemente en el suroeste. En el sureste hay predominantemente igbos, que son cristianos y son de naturaleza comercial, en el comercio y transporte agrícolas. La otra tribu en la parte sur de Nigeria son grupos minoritarios que se encuentran principalmente en el área sur-sur donde hay productos petroquímicos. En la parte norte del país son predominantemente musulmanes porque la parte norte de Nigeria limita con países dominados por musulmanes como Níger y República de Chad. Así que su cultura se parece más a la de los fulani porque emigraron de la parte norte de Nigeria antes de la colonización.

Este marco geopolítico, además de establecer un contraste económico evidente, repercute directamente en las condiciones sociales de la población. El acceso a servicios básicos, tales como educación o sanidad, está fuertemente condicionado por esta división territorial, FMHSW-2 lo sintetiza de la siguiente manera,

La población está ampliamente distribuida uniformemente en toda la región. Pero en términos de desarrollo puedo decir que el Sur está más desarrollado que el Norte, y tenemos acceso a la atención médica, la educación y una especie de entorno mejorado que podría afectar el cuerpo de la enfermedad.

¹⁸ Los nombres propios de las personas participantes han sido reemplazados por las siglas de la entidad que representan con el fin de preservar el anonimato, de acuerdo con las recomendaciones éticas en investigación y lo acordado con los/as entrevistados/as en el Documento de Consentimiento Informado. Debido a que varias personas entrevistadas pertenecen a la misma entidad, se ha establecido una distinción a través de un número consecutivo asignado según el orden de entrevista. Esta codificación no refleja jerarquías ni características personales.

La educación, en particular, emerge como uno de los elementos clave en los discursos. Los entrevistados señalan de manera reiterada la brecha entre Norte y Sur en este ámbito, en el que la religión y la cultura tienen una gran importancia, tal como reafirma OHDI, *“en el suroeste en términos de religión, son predominantemente entre un 40 y un 60% dominados por cristianos. Son más liberales, más educados que la parte norte del país”*. Esta diferencia va a afectar a la forma en la que se imparte la educación y con ello la forma en la que se construye la cultura en las diferentes regiones, así como comenta ACENTDFB-1,

La educación también juega un papel en la configuración de la cultura. En Nigeria, hay dos formas principales de educación. Una es la educación occidental al estilo europeo, proporcionada a través de escuelas modernas. La otra es la educación religiosa, especialmente las escuelas coránicas y las escuelas islámicas en el Norte.

A esta realidad se va a integrar el factor de la aceptabilidad, qué tipo de epistemología o qué tipo de razonamiento es bienvenido dentro de estas comunidades, según FMHSW-2,

Aparte del acceso pienso en si está disponible. Entonces, ¿están disponibles las escuelas? Sí. ¿Son asequibles las escuelas? Sí. ¿O son aceptables las escuelas? Ahí es donde está el problema. Así que no se trata realmente de la disponibilidad de escuelas, sino de la aceptabilidad de las mismas. Los norteros, basados en la religión, la perspectiva, no aceptan esta educación occidental. Así que tiene una inclinación cultural y religiosa.

Se puede identificar así, la continuidad de las dinámicas en las que las zonas quedan divididas de la misma forma en la que se estableció en la época de la colonia, continuando el rechazo a la integración con las diferentes regiones y quedando en una especie de aislamiento religioso. De esta manera el Sur se presenta como más occidentalizado, preservando la tendencia modernista en sus instituciones. FMHSW-2 describe la continuación de la influencia occidental en el Sur de la siguiente manera,

Por supuesto que hay una influencia persistente de Occidente en Nigeria. Fuimos colonizados por los británicos. Así que la educación formal es hacia Occidente. Y eso también implica que incluso el idioma nacional es el inglés. La influencia colonial sigue penetrando hoy en día en nuestras esferas políticas y educativas.

Mientras, en el Norte continúa el fuerte peso de las élites religiosas que mantienen la autoridad otorgada por el régimen británico, conservando la capacidad de adaptar el discurso político en base a la religión para moldear la identidad y el pensamiento de la población nortera. Para ACENTDFB-3 este es el elemento principal por el que existe esta diferencia entre Norte y Sur a día de hoy,

¿Por qué es persistente esta diferencia entre el Norte y el Sur? Es porque las élites están impulsando el proceso, creando confusión. Cuando quieren que las cosas salgan como quieren, traen la religión. Y una vez que la religión está involucrada, se convierte en un área prohibida y todos quieren dar un paso atrás. Así que las élites usan esto como una forma de mantener el control, dividiendo a las personas para que puedan consolidar su propio gobierno.

Por otro lado, en el abordaje de la esquistosomiasis, es importante recuperar no solo la división Norte-Sur, sino la urbano-rural. La esquistosomiasis es una enfermedad característica del ámbito rural, ya sea en el Norte o en el Sur, las ciudades están exentas de esta patología, por cuestiones que tienen que ver con la higiene, con el tipo de atención sanitaria y principalmente con la ocupación laboral de las personas de las comunidades rurales, pues son estas las que los llevan a estar en contacto con las masas de agua contaminadas, como describe FGSSN refiriéndose a las comunidades rurales,

A pesar de las pequeñas diferencias en la variación cultural, todos nosotros, ya sea que sigamos siendo sirvientes, eso significa que ya sea que trabajemos en público o en privado, de una forma u otra, nos dedicamos a la agricultura, y por eso estamos expuestos a la infestación de esquistosomiasis. Ya sea en el Sur o en el Norte, independientemente de las diferencias culturales.

Las ciudades representan espacios de oportunidad y acceso a servicios, ya que como señala FMHSW-2, *“en las zonas rurales de Nigeria es más difícil acceder a la educación tanto para hombres como para mujeres”*. Sin embargo, la cuestión de la salud no se limita únicamente a la educación pues incluso cuando las personas rurales alcanzan cierto nivel educativo, su entorno dificulta el acceso a servicios sanitarios adecuados. OHDI considera esta situación en las comunidades yoruba del sureste del país, *“los problemas sociopolíticos, como la falta de acceso al agua tratada, son comunes en la parte suroeste del país a pesar de los niveles educativos alcanzados”*.

En lo que respecta a estas limitaciones en la provisión de servicios de salud en las áreas rurales, las entrevistas revelan diversas razones. Por un lado, la imposibilidad de financiación de los tratamientos médicos debido a la dependencia del sistema sanitario nigeriano en lo que se conoce como *out of pocket expenses* o financiación particular de la asistencia médica, donde según cifras recientes las familias pagan el 71% de los gastos médicos de su bolsillo (Jia *et al.*, 2025), SN describe esta dependencia, *“en general, muchas personas dependen de su bolsillo para su atención médica”*.

A pesar de la existencia de programas nacionales de seguros para cubrir los gastos médicos, estos son solamente accesibles para aquellas personas que trabajan en el

gobierno o que pueden permitirse financiarlo. Un hecho que provoca que las familias con menos capacidad económica tengan que asumir por su cuenta estos gastos, generando que estos sean el impulso para caer por debajo del índice de pobreza de aproximadamente 1,3 millones de personas en el país (Aregbeshola y Khan, 2018), como describe FGSSN,

En las comunidades locales, existen centros de atención primaria de salud, pero la gente no tiene dinero. No existe un sistema de financiación de la atención médica para evitar que las personas paguen de su bolsillo. Muchas veces, las personas tienen que quedarse sin tratamiento.

Ante este hecho, muchas familias prefieren recurrir a métodos tradicionales de salud, los cuales se describen en la mayoría de las entrevistas como insuficientes para tratar la esquistosomiasis. Según FGSSN, la persistencia de la enfermedad en las áreas rurales tiene que ver en gran medida con un factor de pobreza,

Realmente estamos viendo los factores aquí. Uno de los principales es la pobreza. Si pasa algo, la gente prefiere ir a los curanderos tradicionales, que les dan brebajes para beber. Incluso en uno de los hospitales oficiales, inmediatamente afuera de la puerta se ve gente vendiendo estos brebajes. Porque si no pueden pagar la atención médica adecuada, al menos esto es más barato. Y es solo cuando no ven resultados que deciden está bien, vayamos al hospital. Pero para entonces, podría ser demasiado tarde.

Otro de los factores es la dificultad de las personas en llegar a los centros de atención sanitaria debido a su ubicación, ACENTDFB-1 describe, *“estas comunidades con las que trabajamos, la mayoría de ellas, son de difícil acceso. Son factores socioeconómicos de los que carecen. Incluso una clínica. No hay una clínica a la que acudan para recibir intervención primaria de salud”*. Una realidad que va a limitar no solo a las personas que no poseen los recursos económicos para el tratamiento, sino a la totalidad de la comunidad, donde como determina SN,

Especialmente en entornos rurales, el centro de salud está a cierta distancia del hogar, por lo que incluso si tienen la aprobación y el apoyo para ir, hay un tiempo para llegar al centro de salud, el tiempo para esperar para ver al trabajador de la salud y todo eso se considera o se tiene en cuenta al buscar atención médica.

Esto genera que, para poder acceder a un tratamiento efectivo, estas familias tengan que desplazarse a los centros urbanos, donde según ACENTDFB-2,

El acceso a la atención médica está aún más limitado por la distancia entre las comunidades rurales y los centros urbanos, donde los proveedores y las instalaciones de salud están más disponibles. Las personas en los centros urbanos tienden a recibir una mejor atención.

Otra cuestión fundamental es no solo el acceso a servicios de salud, sino la inexistencia dentro de estos centros de los recursos necesarios para atender ciertas enfermedades infecciosas como la esquistosomiasis, así reitera ACENTDFB-2,

El sistema de salud pública carece de recursos, especialmente en las zonas rurales donde hay trabajadores y suministros médicos inadecuados para el diagnóstico y tratamiento de la esquistosomiasis, particularmente en áreas de alta carga.

Por otro lado, las personas entrevistadas coinciden en que esta movilidad hacia los centros de salud para buscar atención médica se complica con el contexto de inseguridad presente en el país, siendo latente sobre todo en las zonas rurales del Norte de Nigeria. Un contexto que se intersecciona con los factores previamente existentes para limitar aún más el acceso a los servicios de salud. Una realidad que FGSSN describe añadiendo el factor de género,

La gente vive en desplazados internos debido al conflicto. No se puede acceder, incluso las instalaciones de salud pueden ser destruidas. Los que trabajan allí no pueden ir. Por lo tanto, se vuelve difícil acceder a los servicios en los centros de salud [...] Es lamentable que las mujeres y los niños sean los receptores de todo esto. Ve a los campamentos. Algunas de ellas han perdido a sus maridos, a sus hijos. No tienen medios de supervivencia.

Todas estas cuestiones confluyen con una cuestión fundamental de la esquistosomiasis, la dificultad para detectar sus síntomas, que favorece su progresión como enfermedad crónica y debilitante, a la que ACENTDFB-1 la considera como, *“asesino silencioso” porque las personas rara vez asisten al hospital por ella. Los principales síntomas que harían que las personas buscaran atención hospitalaria aparecen solo cuando la enfermedad se vuelve grave”*.

De este modo, para comprender adecuadamente tanto los patrones de exposición como las posibilidades de tratamiento de la esquistosomiasis, resulta imprescindible incorporar el factor diferencial entre contextos urbanos y rurales. Asimismo, al analizar las dimensiones socioeconómicas, no puede obviarse la persistente distinción entre el Norte y el Sur del país. Estas desigualdades regionales adquieren especial relevancia cuando se consideran en articulación con la cuestión de género, que atraviesa de manera significativa las experiencias de la población frente a la enfermedad.

5.2.2. Influencia de los roles de género en la exposición y tratamiento de la esquistosomiasis

La cuestión de los roles de género ha sido un eje central en las conversaciones. No solo porque constituye el tema principal del estudio, sino también porque las personas entrevistadas lo señalan como uno de los factores que más influye tanto en la forma en que se transmite la esquistosomiasis, así como en el modo en que se viven sus consecuencias físicas y socioeconómicas.

La principal diferencia radica en la división social del trabajo, en este caso las mujeres participan en labores como la agricultura y el comercio a pequeña escala, además de asumir la responsabilidad del cuidado del hogar y la familia. Por su parte, los hombres rurales se concentran en actividades agrícolas, el pastoreo de ganado o la pesca. Esta diferenciación resulta clave para comprender los distintos niveles de exposición a los vectores que transmiten la esquistosomiasis ya que como señala ACENTDFB-2, *“ciertas ocupaciones tienen género, lo que significa que se espera que los hombres realicen cierto trabajo, mientras que se espera que las mujeres realicen otros. Estos roles ocupacionales conducen a diferentes niveles de exposición a la esquistosomiasis”*.

Así las mujeres asumen una doble carga laboral que incrementa sus posibilidades de contagio, ya que están expuestas tanto en las tareas de subsistencia (trabajo productivo) como en las de supervivencia (trabajo reproductivo), TCCN habla así de esta realidad,

Lo que les hace estar más expuestas en estos trabajos es uno es la agricultura y dos sus tareas domésticas. Cuando regresan del trabajo, ya sea en la agricultura o en el negocio familiar, el hombre irá a descansar y es la mujer la que regresa al río para traer agua, o lavar a los niños. Por eso las mujeres tienen más riesgo en cuanto a entrar en contacto con el agua que los hombres.

Esta exclusión responde fundamentalmente a la brecha en el acceso a la educación entre mujeres y hombres en las zonas rurales. Si bien se ha demostrado previamente que la población rural en general dispone de menos oportunidades educativas que la urbana, en aquellos casos en los que el acceso a la educación resulta posible, esta recae de manera predominante en los hombres, en palabras de OHDI al referirse a las comunidades rurales,

En estas zonas, la población de hombres que tienen educación formal suele ser mayor que la de mujeres. Las mujeres tienen una educación limitada antes de casarse y cuando se casan tienen que ir a cuidar a la familia lavando platos, ropa y usando esta agua. Así es como contraen la esquistosomiasis.

El acceso diferencial a la educación determina que sean principalmente los hombres quienes logren acceder a determinadas posiciones laborales más allá de la agricultura, como sostiene OHDI al referirse a los hombres, *“los que sí que están educados, han tenido acceso a educación se dedican a los negocios o al trabajo de oficina”*. Este tipo de inserción laboral incide en un aspecto fundamental de las dinámicas de género, el liderazgo en la toma de decisiones dentro del ámbito doméstico donde, en palabras de FGSSN, *“es una sociedad dominada por hombres. Ya sea en el Sur o en el Norte, tomar decisiones en casa es más un trabajo de hombres”*, a lo que añade,

Los que están involucrados en la política y en actividades laborales públicas y privadas son hombres. Pero para la agricultura, es el género masculino y femenino. Y si miras quién está involucrado en el hogar es la mujer. La mujer está involucrada en la agricultura. Pero ¿cuánto ganan con la agricultura? Eso es muy poco en comparación con el hombre que tiene una fuente adicional de ingresos.

El control económico dentro del hogar se traduce directamente en autoridad y poder sobre las decisiones familiares, determinando las prioridades y la autonomía de las mujeres, quienes, como señala SN, *“tienen que repetir lo que el marido o el cabeza de familia tiene que decir”*. ACENTDFB-1 complementa esta idea al explicar que, aunque algunas mujeres pueden generar ingresos propios, estos casi siempre se destinan a resolver necesidades familiares y no a su beneficio personal,

Por supuesto, las mujeres también pueden tener su propia fuente de ingresos, pero por lo general no la usan solo para sí mismas, la usan para resolver algunos problemas familiares. Aun así, la responsabilidad principal de proporcionar recae en los hombres. Y es por eso que los hombres tienen el poder de dictar a las mujeres, si permitir o no permitir ciertas cosas.

Como consecuencia, el acceso de las mujeres a servicios de salud, incluido el tratamiento de enfermedades como la esquistosomiasis, depende tanto del control financiero de los hombres como de su aprobación, según afirma ACENTDFB-2,

En muchos casos, las mujeres tienen poco poder de decisión en asuntos relacionados con la salud ya que los hombres generalmente controlan las finanzas del hogar. Como resultado, la priorización financiera para la salud de las mujeres a menudo es limitada. Esta dinámica afecta la capacidad de las mujeres para acceder a un diagnóstico y tratamiento oportunos para la esquistosomiasis.

De manera similar, la dinámica de autoridad masculina también condiciona su participación en programas de investigación sanitaria sobre la esquistosomiasis en las comunidades. ACENTDFB-2 ilustra esta situación con su experiencia directa,

Recuerdo una experiencia particular que compartí con un colega recientemente. Tuvimos un equipo de encuestas femenino que visitó los hogares, administró cuestionarios y recolectó muestras de orina para detectar el parásito. Una mujer quería participar, pero su esposo se negó a permitirselo, por lo que no pudo participar ya que está bajo su autoridad.

Esta limitación es clave para entender por qué muchos estudios muestran a los hombres como los principales afectados. Según SN, la percepción de mayor afectación masculina se debe a la menor participación de las mujeres en los estudios, ya que *“necesitan aprobación de sus esposos para integrarse”*.

No obstante, aunque estas mujeres no tengan poder de decisión sobre las cuestiones de salud en el hogar, recae en ellas la responsabilidad de cuidar las consecuencias que estas implican ya que como explica TCCN, *“las personas que asumen esa primera responsabilidad de buscar tratamiento en el hogar. Cuando su hijo está enfermo son las que los llevan, las que los cuidarán. Lo que el padre solo hará es proporcionar las finanzas”*. Una responsabilidad que condiciona las decisiones de las mujeres respecto a su salud pues, según FMHSW-1, estas son *“más propensas a retrasar la búsqueda de tratamiento”*.

Por otro lado, la relación entre poder económico y autoridad se refleja en las diferencias entre las mujeres del Norte y del Sur de Nigeria, ya que en el Norte *“los hombres obtienen todos los ingresos y disponen de ellos”* (FMHSW-2), mientras que en el Sur *“las mujeres también contribuyen, lo que les da voz en la toma de decisiones”* (FMHSW-2). Esto se traduce en roles más tradicionales en el Norte y roles más variados en el Sur, donde la educación y el acceso a trabajos de oficina amplían su participación económica y social, FMHSW-2 lo describe,

Debido al acceso a la educación, ahora ha influido en el tipo de trabajo o empleo al que están expuestas las mujeres en estas dos regiones. El Sur está más educado y, por lo tanto, las ves en más trabajos de oficina. Las mujeres del Norte son principalmente amas de casa. Es muy raro ver mujeres en el Norte en el trabajo de oficina.

Unas diferencias que están marcadas también por factores culturales y religiosos sobre los que ACENTDFB-2 explica que,

En el Sur, las interacciones entre hombres y mujeres son generalmente más equilibradas, ya que existe una mayor sensación de que todos deben contribuir al mantenimiento de la familia. En cambio, en el Norte, especialmente entre las comunidades hausa-fulani predominantemente musulmanas, las mujeres pueden enfrentarse a restricciones que limitan su participación en muchas actividades al aire libre.

De este modo, la experiencia de acceder a servicios de salud difiere entre las distintas regiones, según FMHSW-2,

Claro que esta diferencia entre el Norte y el Sur persiste a la hora de buscar tratamiento por las mujeres. Cuando las mujeres también contribuyen económicamente, pueden garantizar su acceso a la atención médica incluso si el esposo no dispone de recursos, participando activamente en la búsqueda de servicios de calidad.

De la misma manera, FMHSW-2 considera que existe una diferencia en forma en la que estas mujeres son atendidas dentro de los centros de salud, *“en el Norte, hay una práctica religiosa de que no puedes ver a la esposa de otro hombre. Tienen que cubrirse la cara. Y eso también influye en el tipo de comportamiento de búsqueda de salud”*.

Finalmente, resulta importante destacar que la incorporación de las mujeres al trabajo productivo implica que tengan que depender de otras personas para cubrir el trabajo reproductivo, especialmente de otras mujeres ya que, como indica FMHSW-2,

Algunos hogares tienen el privilegio de tener recursos para contratar a una empleada doméstica. En los hogares ricos tienen una criada que se encarga del lugar. En un hogar sin tantos recursos, las mujeres lo hacen, si no el 90 por ciento del hogar.

Por lo tanto, al evitar estas tareas, las mujeres con más poder económico pueden reducir su exposición a tareas domésticas que implican contacto con agua contaminada. En este sentido FMHSW-1 señala que, *“tanto el género como el estatus económico son factores que determinan directamente el grado en que una persona tiene más riesgo de contraer esquistosomiasis”*.

5.2.3. Esquistosomiasis genital femenina y exclusión comunitaria

Al analizar la cuestión de género en la experiencia de la esquistosomiasis, uno de los aspectos recurrentemente señalados por quienes trabajan con la enfermedad es el impacto de la esquistosomiasis genital femenina (FGS) en la profundización de las consecuencias socioeconómicas que afecta a las mujeres. La FGS constituye una complicación de la esquistosomiasis urogenital, caracterizada por síntomas como flujo vaginal anormal, dolor abdominal y pélvico, molestias durante las relaciones sexuales, sangrado postcoital y cambios epiteliales cervicales. Esta enfermedad presenta manifestaciones visibles, incluyendo manchas arenosas granuladas, manchas amarillas homogéneas, pápulas gomosas o vasos sanguíneos anormales en la cavidad vaginal, y ha sido identificada como un factor que facilita la infección por VIH, la aparición de cáncer y otras enfermedades

de transmisión sexual, como el herpes o el virus del papiloma humano (Aribodor *et al.*, 2024). Además, en un alto porcentaje de los casos, puede generar infertilidad (Mbwangi *et al.*, 2024).

Aunque existe una complicación análoga en hombres, los entrevistados coinciden en que su peso físico y socioeconómico no es equivalente al de la FGS, FGSSN sostiene esta postura al explicar,

¿Cuáles son las complicaciones de una esquistosomiasis genital femenina o masculina? Si lo miras en femenino, verás a una niña de 11, 12 años, presente con grandes sangrados y mucho dolor. Pero en un niño o algo así puede no presentar ninguna secreción más que una picazón que no tenga ningún significado. Si nos fijamos en otra complicación es la infertilidad y la exposición al VIH, y en la cultura nigeriana, si hay un caso de infertilidad en una pareja, la gente mira más a la mujer que a los hombres.

Un factor determinante en esta diferencia es el desconocimiento generalizado de la enfermedad, tanto entre las personas afectadas como entre su entorno y los propios agentes sanitarios, sobre lo cual FGSSN enfatiza,

El nivel de conciencia sobre la esquistosomiasis genital femenina y sus complicaciones entre los profesionales médicos sigue siendo muy bajo, y es aún más bajo entre el público en general. Incluso cuando las mujeres van al hospital, es posible que los médicos no consideren que la infertilidad podría ser causada por FGS.

Este desconocimiento se ve agravado por la complejidad del diagnóstico, que requiere procedimientos específicos y en ocasiones invasivos, ACENTDFB-1 describe este proceso,

El diagnóstico de la esquistosomiasis genital femenina no es tan directo como en el caso masculino. Va más allá. Se requiere algo llamado colonoscopia para visualizar el cuello uterino y la vagina, y ver si hay signos que indiquen esquistosomiasis. También se observa la vascularización, posibles úlceras o lesiones que confirmen la presencia de la enfermedad. En algunos casos, se necesita una biopsia. Estas pruebas son invasivas y solo algunas mujeres aceptan someterse a ellas, muchas veces por falta de información o miedo.

La disponibilidad de estos recursos diagnósticos es limitada, especialmente en áreas rurales, donde como señala ACENTDFB-2, *“por lo general, son remitidas desde los centros de salud rurales a estos hospitales urbanos para recibir la atención adecuada, ya que las instalaciones rurales generalmente no están equipadas para diagnosticar o tratar la afección.”* Sin embargo, como advierte SN, esta atención también presenta limitaciones en los centros urbanos ya que, *“ni siquiera está disponible en los centros de*

salud ordinarios de las zonas urbanas, excepto que es un centro de salud secundario o terciario”, lo que complica aún más su detección y tratamiento.

A estas barreras de acceso se suma la ausencia de cobertura financiera para el tratamiento, lo que obliga a las pacientes a asumir los costos que, como indica FMHSW-2, *“tienes que pagar de tu bolsillo”*. Dado el elevado gasto que implica este proceso, muchas mujeres optan por no tratarse, lo que puede derivar en una progresión crónica de la enfermedad.

Es precisamente por este desconocimiento que, en la mayoría de los casos la FSG sea mal diagnosticada, lo que conlleva repercusiones graves en determinadas situaciones, FGSSN ilustra esta problemática con un ejemplo, *“el hospital donde acudió no sabía lo que es [...] perdimos a esa paciente por la muerte”*.

Esta situación donde el conocimiento es muy bajo y limitado, especialmente en las comunidades que se encuentran en áreas de difícil acceso, genera que en muchas ocasiones la esquistosomiasis sea confundida especialmente por su exhibición con orina en sangre como *“una entrada a la madurez”* (SN), o en ocasiones como *“un ataque espiritual”* (OHDI), impulsando a que las personas que padecen de esquistosomiasis sufran estigma en las comunidades ya que como explica ACENTDFB-2, *“la gente tiende a evitar asociarse con la persona infectada”*.

En el caso específico de la FGS, el estigma se acentúa debido a la confusión de sus síntomas con los de enfermedades de transmisión sexual (ETS). FMHSW-1 señala que esto genera la percepción de promiscuidad, *“la gente piense que esa es la causa de que seas promiscuo”*, pudiendo generar situaciones de tensión, FGSSN añade un caso que representa esta situación,

Una mujer trajo a su hija de 10 a 11 años con flujo vaginal, picazón y llagas. La madre asumió que su hija ya había comenzado a tener relaciones sexuales con hombres y en realidad la golpeaba en casa. Cuando llegaron al centro de salud, la niña seguía diciendo que no entendía lo que estaba pasando. Pero el trabajador de la salud simplemente lo descartó como una infección del tracto urinario y les dio algún tratamiento.

Esta asunción de promiscuidad hace que la FSG tenga consecuencias personales que como afirma FMHSW-1, *“resultan definitivas en las relaciones personales, familiares y maritales de las mujeres”*, FMHSW-2 describe el estigma dentro del hogar de la siguiente manera,

Cualquier cosa que afecte a las mujeres, especialmente a los órganos genitales, tiene un impacto en toda la familia. Y la situación es aún peor cuando ni siquiera se entiende la

causa de la infección. Un hombre puede llegar a pensar que se trata de un problema de higiene, y eso genera una especie de estigma hacia la mujer. Esto provoca una especie de desprestigio o baja valoración hacia ella.”

Una circunstancia en la que las mujeres del Norte del país se exponen a un nivel mayor de estigma dentro del hogar debido a su estructura familiar, FMHSW-2 lo explica así,

Hay entornos comunes en el Norte donde a un hombre se le permite casarse con un mínimo de cuatro esposas. Y si una de ellas se hace con esquistosomiasis genital femenina, por supuesto, sufrirá más negligencia por parte del hombre. Y si la coesposa también conoce el estado, también puede aislarla o probablemente luchar contra su esposo para que no se infecte por ese medio.

Por otro lado, se destaca la importancia de la cuestión de la infertilidad como una de las consecuencias más duras para estas mujeres y también más excluyentes, FMHSW-2 describe esta importancia,

La fertilidad es visto como algo muy, muy importante en estas comunidades. Cada hogar desea un hijo. De hecho, en algunas culturas, esa podría ser la razón del divorcio en algunos hogares y todo tipo de malentendidos, especialmente entre la gente local. Por lo tanto, la infertilidad es totalmente inaceptable en nuestros entornos. Y a las mujeres que están en edad reproductiva y están casadas, siempre nos encanta ser productivas. Entonces, cuando algo afecta esa parte o sirve como un obstáculo para lograr ese objetivo de fertilidad, entonces es un problema serio en nuestros entornos.

Esta realidad genera que en la mayoría de casos sean las propias mujeres las que eviten expresar que están padeciendo la enfermedad ya que, según ACENTDFB-2, *“las mujeres a menudo no hablan de su condición y tratan de guardárselo para sí mismas”*. En un contexto donde en una gran parte de los hogares, sobre todo en el Norte se necesita de la aprobación y financiación del hombre para poder acceder a tratamiento sanitario esto puede suponer un gran obstáculo, así *“el miedo y la discriminación puede impedirles buscar atención”* (ACENTDFB-2). La incapacidad de tratar la FSG genera un gran peso emocional que como describe FMHSW-2, *“podría conducir a una especie de preocupación o probablemente ansiedad, que son todos los impactos psicológicos de tener una enfermedad para la que todavía está buscando obtener la ayuda necesaria”*.

De esta manera, tanto los efectos físicos como los socioeconómicos generan efectos psicológicos en las mujeres que, como describe ACENTDFB-2, *“los impactos en la salud mental incluyen vergüenza, aislamiento y ansiedad”*, una situación que supone una gran brecha social sobre todo en comunidades rurales donde *“la salud mental sigue siendo un tema tabú y hay pocos espacios seguros para la expresión emocional”* (ACENTDFB-2). La esquistosomiasis genital femenina supone entonces un fuerte punto de marginación

para las mujeres que la describen como comparte FGSSN, *“como tener lepra. No tienes otra opción, pero ya sabes que tienes que vivir con eso”*.

5.3. Percepción sobre la efectividad de los modelos actuales de intervención de la esquistosomiasis en Nigeria

Con el objetivo de reducir la incidencia de la esquistosomiasis en el país, el Gobierno Nacional de Nigeria impulsó en 2023 la creación del *Nigerian Master Plan for Neglected Tropical Diseases (NTD) 2023-2027*, en colaboración con diversas organizaciones internacionales, agencias de cooperación y fundaciones como la OMS, la Fundación Bill y Melinda Gates, USAID, el Centro Carter y Sightsavers, entre otras. Este documento constituye el segundo plan nacional destinado al abordaje de estas enfermedades, tras el *Neglected Tropical Diseases Multi-year Master Plan 2015-2020* (Federal Ministry of Health, 2023).

Este busca adoptar un enfoque más holístico que garantice la cobertura del 100 % de la población nigeriana, refuerce los mecanismos de monitoreo y control, e incorpore factores transversales como el acceso a agua salubre o la atención a la salud mental en sus líneas de acción (Federal Ministry of Health, 2023). No obstante, su implementación suscita dudas respecto al grado de implicación del gobierno ya que, como señala ACENTDFB-1, *“no hay mucho compromiso por parte del gobierno para abordar las ETD. Estas enfermedades se consideran desatendidas precisamente por la escasa financiación y la falta de voluntad política”*.

De hecho, prácticamente la totalidad de las entrevistas realizadas coinciden en que, aunque la estrategia aparece sólidamente formulada en los documentos oficiales, su implementación práctica presenta múltiples limitaciones.

5.3.1. Exclusión de grupos vulnerables

La estrategia vigente se fundamenta principalmente en la provisión gratuita de praziquantel a través de la administración masiva de medicamentos (MDA), dirigida exclusivamente a los niños en edad escolar (5-12 años). La distribución se realiza en escuelas públicas de Nigeria, priorizando aquellos Estados con mayor número de casos registrados.

No obstante, este enfoque presenta importantes limitaciones. En primer lugar, al restringirse la distribución a las escuelas públicas, ciertos grupos como los niños que asisten a instituciones privadas incluidas las escuelas coránicas del norte del país (consideradas fuera de la educación formal), donde *“el número de personas que asisten a tales escuelas supera al de quienes asisten a escuelas de educación occidental”* (ACENTDFB-1), los menores ausentes el día de la campaña y aquellos sin acceso a la educación formal quedan excluidos de la campaña de MDA. Esta exclusión resulta especialmente preocupante si se consideran algunas de las cifras disponibles donde un 35 % de los niños en áreas no tienen acceso a educación formal, frente a solo un 11 % en zonas urbanas (Fuller *et al.*, 2023). Asimismo, en los estados del noreste y noroeste, un 29 % y un 35 % de los niños musulmanes, respectivamente, asisten a escuelas coránicas (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] Nigeria, 2025). Estos datos reflejan la magnitud del grupo infantil que podría quedar fuera de la cobertura de la MDA, concentrado en las zonas más rurales y marginadas.

En segundo lugar, la estrategia limita la prevención y el tratamiento a un segmento reducido de la población. Si bien los niños en edad escolar concentran las tasas más elevadas de infección por esquistosomiasis, la medida ignora al resto de los grupos etarios que también pueden estar contagiados, como advierte ACENTDFB-1, *“hay partes sustanciales de la comunidad [...] que no forman parte de la MDA”*, FMHSW-1 añade el reto económico que esto puede suponer, *“la población que no está cubierta en eso, se espera que pague por su tratamiento”*. Este hecho supone un obstáculo considerable para los hogares con recursos limitados, dado que, como subraya ACENTDFB-3, *“el tratamiento se considera muy, muy caro en Nigeria”*, ACENTDFB-2 aporta cifras concretas que ilustran esta problemática,

El costo del praziquantel en Nigeria oscila entre 2.000 y 5.000 nairas por dosis, dependiendo de la ubicación. En el Sur, tiende a ser más caro porque la gente generalmente tiene más dinero. En el Norte, la gente no tiene tanto dinero, por lo que una dosis puede costar entre 2.000 y 3.000 nairas, a veces hasta 5.000 nairas.

En un contexto donde el salario anual de una persona que trabaja en el sector agrícola rural equivale aproximadamente a la mitad del sueldo medio nacional de Nigeria, concretamente 62.804 nairas al mes, el coste de una dosis de praziquantel puede representar entre el 3 % y el 8 % de los ingresos mensuales. Una proporción que aumenta en aquellos hogares en los que más de un miembro de la familia está infectado (Fondo de

las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2019). La situación resulta aún más crítica en el caso de las mujeres rurales, ya que, como señala ACENTDFB-2, *“una mujer nigeriana típica en la aldea o comunidad rural no tiene dinero por su cuenta”* y, en consecuencia, *“se impone una carga adicional a la familia si alguien está enfermo de esquistosomiasis”*.

Para aquellas mujeres del ámbito agrícola que sí tienen algún acceso a recursos económicos la vulnerabilidad persiste. Con un ingreso medio de 22.561 nairas mensuales, el coste del tratamiento puede suponer entre el 13 % y el 33 % de sus ingresos (Falola et al., 2020). A ello se suma la situación específica de las mujeres afectadas por la FGS, quienes deben asumir no solo el coste de la medicación, sino también el de un tratamiento integral mucho más caro. Esta manifestación de la enfermedad, además, no está contemplada en los ejercicios de mapeo realizados para la MDA, según TCCN,

Debido a que ahora la donación es para niños en edad escolar y se considera que están en riesgo, no decimos que esta persona sufra de FGS a menos que esa persona esté completamente diagnosticada y eso se puede hacer solo por un experto y medios especializados que no están fácilmente disponibles.

Otra cuestión dentro de la problemática de la población objetivo del MDA es la centralidad de las decisiones en cuanto a la determinación de qué zonas son endémicas y la distribución de medicamentos, FMHSW-2 lo explica,

El Gobierno Federal es responsable de mapear todo el país. Así que es a nivel nacional donde decidimos dónde, qué parte del país es endémica para la esquistosomiasis. Una vez que la oficina nacional establece qué parte del país es endémica de esquistosomiasis, el resultado de esa evaluación se comunica al gobierno del distrito. El gobierno del distrito es el que organiza al trabajador de la salud bajo su distrito con el apoyo de la organización no gubernamental.

La centralidad que adquiere el estudio de la endemidad de los casos y la estimación de la cantidad de medicación necesaria provoca que se desplace a un segundo plano el conocimiento de las comunidades locales acerca de su propia situación. Esto genera importantes vacíos en la comprensión de la realidad de la enfermedad ya que, como explica ACENTDFB-2,

En las zonas de difícil acceso, la prevalencia sigue siendo alta porque no se trabaja allí, no se distribuyen drogas y no se notifican los casos. Entonces, en general, la mayoría de las áreas remotas todavía tienen una alta prevalencia de esquistosomiasis.

En principio, este mecanismo podría constituir un avance hacia una mayor especificidad territorial. Sin embargo, la precariedad financiera de los gobiernos locales y las dificultades técnicas del diagnóstico limitan fuertemente su efectividad. Tal como señala FGSSN, *“hay poco personal capacitado y no hay herramientas de diagnóstico simples en el punto de atención”*, generando que en muchos casos no se reporten bien los casos, afectando a la cobertura, así *“la MDA se administra dependiendo de los estados que estén informando. Cuando no está enviando datos, no recibe medicamentos para tratar”* (FMHSW-1).

5.3.2. Infraestructura y financiación limitadas

A la problemática de la exclusión dentro de la población objetivo de las estrategias nacionales de atención a la esquistosomiasis se suma otra cuestión señalada recurrentemente por las personas entrevistadas, la limitación temporal de la MDA ya que, según ACENTDFB-1, *“la MDA se realiza una vez al año y la cobertura no es muy amplia”*, a lo que se le añade que esta estrategia anual no logra responder a un problema latente de la esquistosomiasis,

La persistencia de una alta prevalencia se debe en gran medida a que se basa en un solo enfoque, la MDA, que tiene claras limitaciones: cobertura limitada, ocurre solo una vez al año y no detiene la reinfección, ya que las personas continúan usando agua infestada y practican la defecación al aire libre o la micción en los ríos.

Así, aunque la MDA priorice aquellas zonas donde existe una mayor prevalencia de la enfermedad, la falta de consideración de los factores de reinfección hace que el tratamiento sea ineficiente en muchos casos, ACENTDFB-1 determina de nuevo que,

Incluso cuando la cobertura se basa en los niveles de infección, las comunidades de baja prevalencia siguen siendo un problema. Incluso si solo el 1% de las personas están infectadas, pueden arrojar huevos de parásitos a cuerpos de agua que no estaban infectados anteriormente. [...] Después del tratamiento, esos niños regresan a las mismas fuentes de agua infestadas y se vuelven a infectar. Entonces, para cuando llegue la próxima ronda de MDA, ya tienen la enfermedad nuevamente.

Esta reinfección va a generar que incluso aquellas personas que entran dentro de las estrategias de provisión de MDA tengan que someterse al pago de praziquantel ya que, a pesar de que se ofrecen medicamentos por parte del sistema público de lo más común es que estos medicamentos no estén disponibles. FGSSN considera que esto es consecuencia de una falta de infraestructura gubernamental para gestionar los medicamentos,

Desde mi experiencia había un proyecto que quería hacer. Y fui a una instalación del gobierno y pregunté. Uno de ellos me dijo, está bien, creen que tienen praziquantel en la clínica del gobierno, donde la mayoría de estos pacientes no suelen ir. Dijo que iba a comprobar si todavía estaba dentro de la fecha de caducidad. Y desafortunadamente, al día siguiente, cuando nos vimos me dijo que no, que el medicamento había caducado. No solo una caja, ni dos, ni tres. Varios cartones habían caducado. Sí., llega al gobierno, pero cuando lo distribuyen, es posible que no lo envíen al lugar correcto, a las comunidades rurales correctas, a los centros de salud rurales donde las personas que lo necesitan pueden obtenerlo.

Las personas entrevistadas señalan por otro lado que es precisamente esta falta de infraestructura la que genera que el medicamento no sea accesible, en este sentido FGSSN añade,

No solo no es suficiente abordarlo, sino que las instalaciones y la infraestructura no están allí. El medicamento no está disponible. Y los trabajadores de la salud que están bien informados sobre esto, tampoco están allí. Las pruebas en el punto de atención no están allí. En el pasado, teníamos centros de atención primaria de salud en comunidades rurales. Pero ahora, esos no son funcionales. Lo que tenemos ahora son APS, pero no son funcionales. Incluso los que funcionan, operan muy por debajo de su capacidad.

A esta dificultad de acceso a los medicamentos gratuitos fuera del programa de MDA se le añaden otros factores contextuales que pocas veces se tienen en cuenta, FMHSW-1 señala el problema de la alimentación, *“algunas personas aún se negarán a tomar los medicamentos a pesar de que son gratuitos. Algunos de ellos dicen que no están comiendo. No se puede tomar praziquantel sin alimentos, por lo que se debe comer antes de tomarlo”*.

Ante estas problemáticas tan diversas, el plan del Gobierno Federal junto con las organizaciones participantes, han intentado involucrar a las comunidades a través de los distribuidores comunitarios de medicamentos o *community drug distributors* (CDD), pensados para sensibilizar a la población sobre la esquistosomiasis y facilitar la provisión de medicamentos. Sin embargo, como describe ACENTDFB-2 este sistema presenta limitaciones,

Se supone que los distribuidores comunitarios de medicamentos entregan los medicamentos a las comunidades, pero a menudo enfrentan sus propios problemas. No están bien apoyados y, a veces, en lugar de distribuir el medicamento, lo usan ellos mismos o lo venden.

Las personas entrevistadas señalan que la principal limitación en la infraestructura médica para tratar la esquistosomiasis proviene de la falta de priorización del Gobierno Federal en materia de financiación. Los datos presupuestarios lo reflejan ya que el plan plurianual

para la atención de las ETD recibió una asignación total de 8.641.515.363 nairas (Federal Ministry of Health, 2023). En contraste, solo en un año, el Ministerio de Petróleo obtuvo una partida de 35.547.081.800 nairas (Federal Government of Nigeria, 2023). Es decir, el sector petrolero concentra en un ejercicio anual más de cuatro veces lo que se ha destinado para cinco años de programas nacionales contra las ETD.

Este contraste se entiende en gran medida a partir de la estructura económica del país. Nigeria, como miembro de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), obtiene la mayor parte de sus ingresos de la exportación de petróleo y gas natural, con Europa como el principal destino (Observatorio de la Complejidad Económica [OEC], 2025). Según los testimonios recogidos, esta despriorización presupuestaria es tan marcada que la intervención financiera del gobierno en los programas de esquistosomiasis es prácticamente inexistente, quedando el peso de las acciones en manos de organizaciones no gubernamentales, tanto locales como internacionales, así lo resume ACENTDFB-1,

En una conversación paralela que tuvimos con un coordinador estatal sobre cómo se maneja la administración masiva anual de medicamentos. Nos dijo que ni siquiera el gobierno central está involucrado, ni financiera ni logísticamente, en la distribución de la MDA. Nos sorprendió mucho escuchar eso. En realidad, son las ONG las que asumen la responsabilidad de llevar a cabo el MDA. El gobierno estatal solo proporciona cosas como salarios del personal, mantenimiento de oficinas y mantenimiento general. Pero cuando se trata del ejercicio real, la propia MDA, los medicamentos se donan, y el trabajo de administrarlos y distribuirlos a las comunidades rurales es financiado y llevado a cabo por las ONG. Ellos son los que asumen esa responsabilidad.

De esta manera, resulta un reto imaginar una Nigeria sin esquistosomiasis para la que ACENTDFB-1 considera que una segunda ronda financiada por el gobierno sería esencial,

Dado que el MDA es anual, una opción sería que el gobierno apoyara una segunda ronda, haciéndola bianual: una ronda de donaciones y otra financiada a nivel nacional. De lo contrario, nunca alcanzaremos el objetivo de la OMS para 2030 de controlar la esquistosomiasis y otras ETD.

Así, a pesar del aparente crecimiento económico de Nigeria, este desarrollo se sostiene a costa de ignorar los factores que empujan a la marginalidad de los sectores vulnerables, como la persistente limitación de la infraestructura para tratar las ETD o la crisis de acceso al agua que el país arrastra desde hace décadas.

5.3.3. Crisis ambiental: agua, saneamiento e higiene

Nigeria enfrenta una situación donde a pesar de contar con abundantes fuentes hídricas, amplios sectores de la población carecen de acceso a agua segura y confiable. En varias comunidades, el consumo medio de agua per cápita es inferior a 20 litros diarios, cifra muy por debajo del mínimo de 100 litros recomendado por la OMS (Irene *et al.*, 2025). Esta situación impacta con especial dureza en las comunidades rurales, donde, como señala FMHSW-2, *“el agua es fundamental en la vida de las personas [...], sin agua no hay absolutamente nada”*.

La realidad de Nigeria es una donde se estima que 179 millones de personas (77% de la población) no tienen acceso a fuentes de agua limpia y potable (Ochojila, 2024). Asimismo, más de 48 millones carecen de medios adecuados de saneamiento, empujándoles a recurrir a la defecación al aire libre (Mohammed y Oguntola, 2023). Este panorama refleja la ineficiencia de las infraestructuras de higiene y saneamiento en el país, tanto para responder a la acelerada urbanización como a los efectos del cambio climático (UNICEF Nigeria, 2022).

Otro aspecto clave de la crisis del agua en Nigeria es la brecha que abre entre las comunidades urbanas y rurales. Agada (2020) documenta que el 61 % de la población rural vive a más de 30 minutos de una fuente de agua y un 34 % a más de dos horas de distancia. Además, mientras que solo el 48 % de la población en situación de pobreza tiene algún acceso al suministro público de agua, alrededor del 80 % de los sectores urbanos más acomodados sí cuentan al menos con un servicio básico, TCCN lo ejemplifica de manera clara en las escuelas,

En las zonas urbanas, sí, puedes ir a las escuelas. Descubres que tienen agua, fuente. También pueden tener puntos para lavarse las manos, etc. Pero eso no se encuentra en la mayoría de las escuelas rurales. Los niños todavía van y defecan afuera. Todavía van al arroyo a buscar agua.

A ello se suma la privatización de los servicios de agua que, como determina OHDI, *“la mayoría de los hogares en Nigeria dependen de fuentes privadas de agua”*, cuyo coste es entre cuatro y diez veces superior al del suministro público (Agada, 2020), significando que,

La gente de las zonas rurales no tiene este dinero para financiar una fuente privada de agua para sí mismos. Por lo tanto, dependen de los activos naturales del agua como la lluvia, dependen de los arroyos, dependen de los ríos (OHDI).

De acuerdo con los entrevistados, esta situación se ha agravado en los últimos años debido al incremento de precios aplicado por las compañías privadas. El agua en bolsas (*sachet water*), que antes era una opción viable para poblaciones urbanas vulnerables y comunidades rurales que deseaban evitar el consumo de agua contaminada, ha experimentado un aumento del 150 % en su costo, lo que la hace inalcanzable para muchos hogares (Osoba, 2024), OHDI lo explica en los siguientes términos,

Si la gente tuviera acceso al agua tratada, si se reduce la inflación, la gente podría permitirse ese acceso al agua. Pero con el aumento de la inflación ahora, la gente está más preocupada por lo que puede comer, por lo que está menos preocupada por si es higiénico o no. Las personas que podían pagar servicios privados ya no pueden hacerlo. Así que están haciendo sus necesidades dentro de las entidades del agua.

Y es que el agua desempeña un papel central en la vida cotidiana de las comunidades rurales ya que se utiliza en actividades de consumo, higiene, trabajo y cuidado, como explica FMHSW-1, *“usan el agua del río para el consumo, para lavarse, para cocinar todo, incluso nadan y luego recogen el agua y beben”*, a lo que OHDI añade la dimensión como lugar de ocio, *“a veces, por la noche, incluso los adultos y los niños suelen ir al arroyo o al río a nadar, solo para actividades recreativas”*.

El uso de fuentes contaminadas para estas múltiples actividades implica que en numerosas comunidades los mismos ríos o arroyos se convierten también en espacios de defecación y micción, lo que favorece la transmisión de la esquistosomiasis, una situación que no sucede en aquellas comunidades con acceso a agua potable, según OHDI,

La esquistosomiasis es realmente frecuente en las áreas fluviales. Cuando carecen de acceso a saneamiento, no tienen baños, por lo que generalmente van a este arroyo, orinan allí. [...] Hay aldeas que tienen acceso a agua potable proporcionada por el gobierno, como pozos. En esas comunidades, su nivel de exposición a la esquistosomiasis es menor porque no dependen del agua contaminada. Los que no tienen acceso a agua potable su nivel de exposición será mayor.

La falta de infraestructuras adecuadas de saneamiento e higiene también dificulta la detección de síntomas frecuentes como la sangre en la orina. Este problema se agrava en el caso de las mujeres que, como explica SN,

La esquistosomiasis es orina con sangre, pero la mayoría de las veces el proceso de identificar la orina se debe a que es diferente en ambos sexos, es más fácil o rápido para los hombres ver la sangre orinando que la mujer. Si no hay un baño preparado, es muy difícil para ellos, especialmente para las mujeres, detectar cuando tienen orina con sangre.

Existe, por tanto, una relación directa entre el limitado acceso a agua segura e infraestructuras de higiene y el contagio y detección de la esquistosomiasis. Así, las entrevistas coinciden en que ignorar esta dimensión en los programas de control supone un obstáculo estructural y una de las principales razones de la persistencia de la enfermedad, en palabras de TCCN,

El desafío es el hecho de que la medicina por sí sola sin cambios ambientales, sin saneamiento, provisión de letrinas, si la defecación al aire libre todavía está en práctica, la contaminación continuará. Los caracoles están allí para recibir el parásito sobre él y liberarlo en el agua. Y luego la persona que se propaga entrará al agua y se infectará.

En un intento de avanzar hacia un sistema de agua eficiente, el Gobierno Federal de Nigeria ha implementado el *Water, Sanitation and Hygiene Program* (WASH) de la OMS, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Sin embargo, los testimonios recogidos muestran que estos esfuerzos resultan insuficientes, así según ACENTDFB-1, “*no hay actualmente una estrategia WASH efectiva para la esquistosomiasis*”, esto se debe a que el programa no está integrado con las iniciativas específicas de tratamiento de la enfermedad, a lo que añade,

El programa WASH no es del todo efectivo para abordar la esquistosomiasis. El problema es que no está diseñado exclusivamente para combatir esta enfermedad, y eso es una de las debilidades que hemos identificado en la implementación de estrategias para prevenir la transmisión.

Además, el programa WASH no es de amplia aplicación ya que como destaca TCCN, “*no es a nivel nacional. Están en lugares, no en todos. Y también UNICEF no está al 100% en el control de la esquistosomiasis ya que están trabajando en el saneamiento del agua*”. Esta fragmentación provoca que, en muchos casos, la provisión de servicios de agua y saneamiento para tratar la esquistosomiasis recaiga más en organizaciones locales y en grandes financiadores que en el propio Gobierno Federal. ACENTDFB-1 describe una situación que representa esta falta de coordinación del plan WASH al tratar la esquistosomiasis,

Inicialmente, nuestro plan era construir instalaciones y para ello acudimos al Ministerio de Salud y al de Medio Ambiente. Nos reunimos con los comisionados y solicitamos baños móviles, ya que tenían varios disponibles. Hicimos el seguimiento, pero no tuvimos éxito. Nos informaron que estos baños solo se alquilan para eventos o reuniones públicas, así que nos recomendaron improvisar. Esto impidió que completáramos parte de la investigación.

Una situación que se agrava debido a que la responsabilidad del establecimiento, funcionamiento y mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua en las zonas rurales recae en los gobiernos locales, los cuales, según FMHSW-1, *“enfrentan desafíos en el suministro de agua”*, en palabras de OHDI,

El WASH no ha sido efectivo. El tema del agua y el saneamiento realmente necesita una gran inversión. Necesita una instalación. El problema de la esquistosomiasis es un problema de lavado, y necesita respaldo financiero para poder establecer sus planes de tratamiento para el agua para que pueda construir instalaciones de saneamiento. El Gobierno Federal no quiere invertir en estas instalaciones de infraestructura porque la mayor parte de esta agua y saneamiento son un problema concurrente. Eso es algo que los gobiernos locales y estatales pueden abordar, [...] pero estos estados y gobiernos locales no tienen la capacidad financiera para abordar esto. Porque la construcción del plan de tratamiento del agua necesita una infraestructura muy desafiante y el mantenimiento de esta infraestructura.

La insuficiencia de infraestructura hace que, incluso en aquellos gobiernos donde los presupuestos para agua y saneamiento parecen priorizarse, los avances no logren transformar de manera sustancial una situación tan crítica, FGSSN lo expresa de la siguiente manera,

Lo único que diré es que ha habido muchas promesas de los políticos. Dicen que si son elegidos, proporcionarán agua limpia, modernizarán la agricultura e implementarán otras mejoras. Estas promesas se han repetido año tras año, pero la situación sigue siendo la misma. Llegan al poder, hacen promesas y luego se van sin cumplirlas. Incluso faltan cosas simples como el agua potable. La gente sigue confiando en los métodos agrícolas tradicionales. No existe una fuente confiable de agua limpia en muchas áreas, y la gente todavía tiene que cavar pozos o usar ollas para obtener agua. Está muy lejos de resolverse.

Una limitación de tiempo, financiación e infraestructuras que supone un gran obstáculo en una realidad donde lo que se necesita es precisamente un programa integral que incluya, como afirma ACENTDFB-1,

Un enfoque multidisciplinario y de múltiples intervenciones: educación sanitaria para cambiar el comportamiento y las percepciones sobre la transmisión, estrategias para bloquear la transmisión y, lo que es más importante, intervenciones a largo plazo en materia de agua, saneamiento e higiene.

5.3.4. Dependencia externa

El pilar central de la estrategia de lucha contra la esquistosomiasis es la MDA con praziquantel. Sin embargo, Nigeria no tiene autonomía en este aspecto esencial ya que como afirma FMHSW-2, *“dependemos del praziquantel donado al 100% en la lucha*

contra la esquistosomiasis”, una declaración que subraya la falta de capacidad local de producción o adquisición independiente del fármaco.

Así, el programa de tratamiento de la esquistosomiasis enfrenta una cadena de suministro extremadamente larga y vulnerable con 5 pasos esenciales que ACENTDFB-1 describe, *"el praziquantel pasa del donante, a través de la OMS y el Ministerio federal, luego a los estados y finalmente a los usuarios finales"*. Este sistema presenta, según las personas entrevistadas, múltiples puntos de fallo. Los profesionales afirman que la cadena de suministro no es lo suficientemente sólida como otros problemas de atención médica como el VIH o la malaria, así es muy frecuente encontrarse en la situación de problemas logísticos donde *"cuando la droga llega al país, a menudo pasa mucho tiempo en el puerto marítimo antes del despacho de aduana. Cuando se lanza, a veces está cerca de su fecha de vencimiento"* (FGSSN), comprometiendo la eficacia del tratamiento y la viabilidad de las campañas.

Una dependencia donde la fuente de donaciones se presenta como un punto de riesgo. A nivel global, el suministro de praziquantel depende de la farmacéutica alemana Merck KGaA la cual tiene una estructura de propiedad, en la que la empresa E. Merck KG posee aproximadamente el 70 % del capital total. A su vez, la familia Merck actualmente posee el 99,9 % del capital de E. Merck KG, determinando que las decisiones cruciales sobre la cantidad de fármaco que se dona y su destino están, en última instancia, en manos de un grupo muy reducido y ajeno a la realidad nigeriana (Merck KGaA, 2025).

Empero, la fragilidad del sistema no se limita al medicamento, sino que se extiende al mismo diagnóstico y monitoreo de la enfermedad, FMHSW-2 añade que *"la mayoría de los kits que usamos para hacer evaluaciones de diagnóstico o monitoreo también son donados. Así que, a veces, tenemos problemas con el despacho en la frontera y retrasos en el suministro de estos kits"*. Estos retrasos diagnósticos tienen consecuencias humanas directas, ya que pueden traducirse en un avance de la enfermedad hacia estadios crónicos o graves secuelas físicas para la población.

De la misma manera, una vez que los fármacos y los componentes de diagnóstico llegan a los diferentes estados la distribución de estos es apoyada por las ONG que aportan personal y material logístico, FMHSW-1 describe este apoyo,

Las ONG apoyan mucho para garantizar que los medicamentos ingresen al país, para rastrearlos e incluso la logística desde la distribución desde la tienda central a los diferentes estados donde se realizará el programa, la distribución. Incluso en el distrito y en las comunidades.

A cada ONG se le asigna una zona de trabajo a través de la *coalición de Organizaciones No Gubernamentales*, un aparato del Gobierno Federal que coordina el trabajo de las mismas, por lo tanto, según FMHSW-2, *“a una ONG se le pueden dar alrededor de 15 regiones para apoyar. A otra ONG se le pueden asignar 22 regiones dependiendo de los recursos y su capacidad”*.

Dentro de estas zonas, las actividades que se llevan a cabo más allá de la MDA, recaen totalmente en el programa específico de las ONG que implantan con el gobierno local. Entre estas destacan los programas educativos dirigidos a escolares y comunidades con materiales específicos sobre la enfermedad, su transmisión y los efectos de los fármacos. También son los encargados de impulsar las capacitaciones a CDD y líderes escolares para acercar la información y el tratamiento a la población, así como señala SN, *“las comunidades muchas veces son las que eligen a los CDD [...] así no es una atención externa, es una actividad comunitaria”*.

Otro eje es la formación de profesionales de la salud, sobre lo que FGSSN explica, *“pretendemos colaborar con el Ministerio de Educación para integrar la esquistosomiasis en el plan de estudios de enfermería, medicina y farmacia, de modo que los estudiantes ya tengan la conciencia y las habilidades mientras aún están en la escuela”*. Además, las ONG y gobiernos locales han apoyado la participación de mujeres voluntarias, quienes ocupan un rol central en salud comunitaria, TCCN subraya que *“entre un 40% y 50% de las personas que participan activamente en salud son mujeres voluntarias capacitadas para brindar servicios de atención”*.

Sin embargo, estos programas enfrentan limitaciones significativas. La comunicación suele estar restringida al inglés, lo que reduce la comprensión en comunidades con gran diversidad lingüística. A ello se suma la falta de voluntad gubernamental para integrar la enfermedad en la educación formal, así como la ausencia de una perspectiva de género, *“la mayoría de las ONG se centran en distribuir drogas en escuelas, pero no aplican una perspectiva de género ni consideran complicaciones específicas en mujeres”* (FGSSN). Además, las restricciones culturales dificultan el acceso directo a mujeres en ciertas

regiones, ya que, *“por la manera en que está organizada nuestra sociedad y por las restricciones culturales, debemos pasar primero por los jefes de aldea. Es a través de ellos que podemos tener acceso e interactuar con las mujeres”* (ACENTDFB-1), lo que genera una participación desigual dependiendo del área geográfica, especialmente en el Norte donde, según TCCN, *“el porcentaje de participación no es tan alto como en el Sur. Pero están surgiendo ahora, especialmente en aquellas áreas donde tenemos más del grupo cristiano”*, evidenciando que los programas se dirigen esencialmente a un tipo de contexto donde las mujeres ya se encuentran más incluidas y no pretenden un trabajo estructural.

Por otro lado, estos programas carecen de un sistema de monitoreo nacional. La evaluación depende de la colaboración entre los gobiernos autónomos locales y las ONG, y solo se lleva a cabo en aquellas comunidades que han implementado la MDA durante más de cinco años. Esto limita el alcance de la evaluación, especialmente cuando el programa no logra asegurar financiación para todo ese período.

Como consecuencia, resulta imposible identificar adecuadamente los impactos que generan los distintos programas humanitarios en el país. Un ejemplo de ello es el Banco Mundial, que promueve proyectos de construcción de represas en coordinación con los gobiernos locales. Sin embargo, no consideran que estas infraestructuras crean hábitats ideales para la propagación de la enfermedad, tal y como explica ACENTDFB-3, *“la construcción de carreteras y presas artificiales favorece la acumulación de agua estancada durante la temporada de lluvias, lo que proporciona un entorno propicio para los caracoles que actúan como huéspedes intermedios del parásito”*. De este modo, se evidencia la falta de coherencia entre los diferentes programas aplicados. Aunque se presentan como iniciativas orientadas a mejorar las condiciones sociales del país, en la práctica muestran ser deficientes en varios aspectos y terminan agravando la situación de las poblaciones más vulnerables.

Esto se suma al hecho de que estos programas tienen un límite temporal de unos pocos años, generando que la financiación resulte volátil. Un ejemplo claro ha sido la retirada reciente del apoyo de USAID, que ha provocado la suspensión de los programas implementados por el *Research Triangle Institute* (RTI). Esta institución, financiada por USAID, coordinaba el programa *Act to End NTDs*, que incluía tanto la MDA como

actividades de educación, concienciación y mejoras de saneamiento del agua en 14 países de África y Asia (Global Schistosomiasis Alliance, 2019). La retirada de estos fondos ha supuesto un giro radical en el tratamiento de la esquistosomiasis en Nigeria ya que *“ahora que se han reducido los fondos, las actividades también se están reduciendo”* (FMHSW-1), una tendencia que, según SN, podría anticipar un escenario futuro en el que,

Con la reducción de financiación en la cooperación internacional, muchos de los programas van a tener dificultades para decidir qué lugares son prioritarios, por lo que si ya tienen fondos para el programa de 2025, es posible que puedan realizar el tratamiento. Pero después de 2025 significan que no habrá fondos para programas de tratamiento para la esquistosomiasis. [...] Lo que significa que a largo plazo todavía habrá endemidad.

El testimonio de SN refleja con claridad el bucle antes mencionado. Los programas externos logran contener la enfermedad, pero no eliminarla. Y cuando se retiran de forma abrupta como es el caso de RTI, el resultado es un resurgimiento que anula el esfuerzo de los programas y devuelve a la población a un ciclo de reinfección.

Frente a esta realidad, las personas entrevistadas coinciden al señalar la insostenibilidad del modelo actual, FGSSN critica el carácter asistencialista y puntual de los programas, *“contribuyen con medicamentos y con el proyecto WASH, pero depender del apoyo externo no es una solución a largo plazo”*, cuestionando su eficacia real, *“simplemente conduces con un camión durante cinco días y luego desapareces. Años después, vuelves. ¿Qué pasa en el medio?”*.

De esta manera, resulta evidente la problemática que presenta el modelo actual de atención a la esquistosomiasis en Nigeria donde la salud de la población queda a dependencia de la voluntad de los donantes externos que, en palabras de TCCN, corresponde a una tarea para *“la gente de buena voluntad”*, para dar dinero a *“aquellos que les interesa”*, a lo que FGSSN se pregunta, *“¿cuánto tiempo podemos seguir dependiendo de ellos?”*.

6. CONCLUSIONES

En la presentación de este trabajo se partía de una serie de interrogantes que buscaban conocer las razones por las cuales la esquistosomiasis se configura como una enfermedad profundamente marcada por el género. Desde esta premisa, se planteaba la necesidad de considerar cómo los contextos culturales, geográficos y ambientales influyen en la vulnerabilidad de las comunidades frente a la enfermedad, adoptando un enfoque decolonial capaz de situar estas dinámicas dentro de una estructura histórica más amplia. Al mismo tiempo, se reconocía la importancia de establecer un marco interseccional desde el cual examinar las diferencias de género presentes en la vida cotidiana de las comunidades rurales nigerianas, diferencias que se expresan tanto en el acceso desigual a los servicios de salud como en las formas específicas en que las mujeres experimentan las consecuencias socioeconómicas derivadas de la enfermedad. Asimismo, se consideraba esencial cuestionar la efectividad de los modelos de intervención actuales a partir de la percepción de las personas y organizaciones que trabajan dentro de ellos, con el propósito de poner en evidencia el papel que desempeña la cooperación internacional en el sostenimiento de estructuras de dependencia que se entrelazan con las dinámicas de diferenciación entre el Norte y el Sur global, y que permiten comprender las tensiones que se generan entre las estrategias oficiales y la realidad vivida por las comunidades afectadas.

Las conclusiones que se presentan a continuación buscan dar respuesta a estas preguntas iniciales, articulando un análisis que atienda a las distintas dimensiones planteadas y que, al mismo tiempo, ponga de relieve los retos y vacíos que esta investigación deja abiertos, así como las posibles vías a través de las cuales podría continuar desarrollándose en el futuro.

Para dar respuesta al primer objetivo, se debe atender a la forma en que el contexto cultural de estas comunidades se intersecciona con todos los aspectos de la vida, influyendo en cómo entienden la enfermedad, cómo la experimentan y cómo la tratan. En muchos casos la esquistosomiasis es vista como un paso a la madurez, mientras que en el caso de la FGS se interpreta como una consecuencia de la promiscuidad femenina. Estas percepciones condicionan que las personas enfermas no se sientan libres de buscar

tratamiento ni de expresar abiertamente que la padecen, por miedo al estigma y a la exclusión comunitaria. La cultura también influye en las formas de acceder a tratamiento ya que puede ser necesario contar con la aprobación del líder comunitario o, en el caso de las mujeres, cubrirse el rostro para ser atendidas. La religión se convierte aquí en un elemento clave al marcar los valores, creencias y el tipo de educación disponible, dictando posiciones dentro de la comunidad y las estructuras del hogar.

El contexto geográfico se entrelaza con la cultura y genera una brecha espacial entre los centros urbanos y las comunidades rurales. La esquistosomiasis permanece invisibilizada porque es precisamente en los espacios rurales donde se da, espacios donde el acceso a servicios sanitarios es muy limitado en comparación con las ciudades, donde se concentran los centros especializados. Estas ciudades, que representan el progreso y el desarrollo, concentran también los principales puntos económicos del país, disponiendo de mejores servicios para su población. Se establece así una concentración desigual de poder social, económico y político, que deja a lo rural en un segundo plano de interés, reducido a la agricultura de subsistencia, a una educación limitada y a sociedades más rígidas guiadas por normas culturales y religiosas. La geografía, imbricada con la cultura, se presenta como un espacio de jerarquización espacial que premia con infraestructura y financiación a aquello que se alinea con la norma occidental. En este sentido, el inglés funciona como un elemento de marcaje; quienes logran acceder a la educación y dominar el idioma entran en el espacio productivo y de poder y quienes no, permanecen en el espacio reproductivo y dependiente.

Lo rural, reducido a lo reproductivo, queda así alejado de los centros de decisión. La centralización de las políticas de esquistosomiasis en el Gobierno Federal de Nigeria lo ejemplifica. Es el centro quien decide la financiación y la orientación de los programas, pero no se responsabiliza de su implementación, que recae en los gobiernos locales. De esta manera, los gobiernos locales de las zonas urbanas más poderosas pueden disponer de más recursos para implementarlos, mientras que los más empobrecidos dependen de agentes externos y ONG, generando una relación de dependencia y reproduciendo el neocolonialismo bajo nuevas formas.

El contexto ambiental se presenta como otro de los factores más importantes en la exposición a la esquistosomiasis. Se articula con el contexto cultural y geográfico para

determinar las actividades que llevan al contacto con aguas contaminadas, así como las limitaciones en el acceso al agua potable. Las comunidades rurales más pobres se ven empujadas a utilizar fuentes naturales de agua contaminadas por heces y orina debido a la falta de infraestructuras de saneamiento. Las entrevistas y datos consultados muestran que estas limitaciones son menores en las ciudades, donde, aunque también existen carencias, suelen resolverse a través de servicios privados inaccesibles para las familias con menos recursos. El acceso desigual al agua potable está, por tanto, directamente relacionado con la exposición a la esquistosomiasis, evidenciando cómo una infraestructura ineficiente perpetúa la existencia de la enfermedad. La esquistosomiasis es así una enfermedad tropical desatendida, al igual que lo son las comunidades que la padecen, relegadas a la atención caritativa de la ayuda externa.

Estos tres contextos cobran sentido cuando se analizan a la luz de la historia colonial de Nigeria, en la que se instauró un régimen biopolítico de control de los cuerpos a través de la etnia. La colonización impuso una educación cristiana y una política de gobierno directo que consolidó una colonialidad del saber en la que lo considerado científico y legítimo estaba asociado a Occidente, mientras que lo demás se relegaba a lo folclórico o no válido. Así el Sur quedó más vinculado a la modernidad occidental, con mayor acceso a infraestructura y educación, mientras que el Norte fue reducido a la periferia étnica y cultural, más indígena y hermética frente a la influencia externa. Esto se refleja en la política de atención a la esquistosomiasis donde la MDA se aplica en colegios públicos occidentales, mientras que se excluyen las escuelas coránicas, invisibilizando la educación considerada no hegemónica.

De este modo, se reproduce una geografía productiva representada por el Sur/urbano, frente a una geografía reproductiva correspondiente con el Norte/rural. Tal división reproduce lo que Mbembe describe como una jerarquización de los cuerpos correspondiente con la etnia y su continuación el tiempo se alinea con la colonialidad del poder de Quijano. Cuanto más urbano y cercano a Occidente, más desarrollado; cuanto más rural e indígena, más subdesarrollado. Se trata de una estructura binaria que necesita del otro (rural, indígena, reproductivo) para la existencia del uno (urbano, productivo, occidental), y que se dilata hasta el presente.

En relación con el segundo objetivo, estas mismas divisiones se reproducen dentro de los hogares. A través de la herencia de modelo patriarcal europeo, la mujer queda asociada a lo reproductivo dentro de lo productivo, cargando con una doble división social del trabajo que la expone a mayor riesgo de contraer la esquistosomiasis, tanto en la agricultura como en las labores domésticas. Pese a ello, su trabajo ligado a la tierra se invisibiliza, ya que el poder de decisión económica recae en los hombres. El hogar se convierte así en un reflejo del sistema capitalista-colonial-patriarcal, en el que lo masculino representa lo productivo y moderno y lo femenino lo subordinado y dependiente. Así el jefe de familia como único interlocutor con el Estado, se refleja en la forma en la que los hombres son aquellos que obtienen el acceso a puestos públicos, educación y control económico, acercándose al modelo occidental de desarrollo y con ello a la liberación de la invisibilidad racializada.

Las mujeres que logran incorporarse a este discurso, tienen acceso a más recursos económicos y simbólicos, como la educación hegemónica y el inglés, lo que les da mayor poder de decisión en el hogar. Aun así, su posición nunca es equivalente a la de los hombres, ya que las labores de cuidado y reproducción siguen recayendo sobre ellas. Además, estas mujeres dependen a su vez de otras mujeres más pobres y rurales para sostener sus hogares, reproduciendo nuevas jerarquías entre mujeres. De esta forma, las mujeres nigerianas con mayor autonomía económica dependen de las más precarizadas para sostener su lugar en el espacio productivo, mientras que estas últimas, al permanecer en el espacio reproductivo, están más expuestas a la enfermedad.

No se trata solo de la continuidad de una jerarquía racial y espacial heredada del colonialismo, sino también de una distinción de género fundamental para sostener el sistema capitalista-colonial-patriarcal, que necesita de la doble otredad (lo femenino y lo indígena) para reproducirse. En este sentido, la situación de las mujeres nigerianas revela la colonialidad del género, tal como la plantea Lugones, pues no es posible comprender el peso del colonialismo en la existencia de la esquistosomiasis en Nigeria, sin reconocer el papel del patriarcado en su persistencia.

Finalmente, en respuesta al tercer objetivo, el análisis de los discursos de las personas que trabajan en los programas actuales de tratamiento de la esquistosomiasis revela una clara ineffectividad. Estos programas no logran abarcar el contexto de vulnerabilidad en el que

se desarrolla la enfermedad, pues no priorizan la financiación de infraestructuras ni la integración con servicios de agua y saneamiento. Se trata de intervenciones limitadas que aplican el tratamiento solo una vez al año y a un grupo reducido, lo que genera rápidas reinfecciones y contiene la enfermedad sin reparar sus causas estructurales.

Además, la falta de integración entre programas de salud, agua y educación los vuelve ineficientes y confusos, propiciando diagnósticos erróneos y tratamientos equivocados. Esto afecta especialmente a las mujeres, sobre todo en el caso de la FGS, que no está contemplada en los planes oficiales pese a sus profundas consecuencias físicas, sociales, emocionales y económicas.

Por otro lado, la concentración del control de la donación de medicamentos, reproduce la centralización de la ayuda internacional donde el Norte global define prioridades y estrategias, mientras el Sur global permanece en una posición de dependencia, tratado como receptor pasivo de ayuda. La cooperación internacional para la esquistosomiasis en Nigeria establece programas desde una narrativa unilateral que refuerza la colonialidad del saber y del ser, generando en comunidades y gobiernos locales un sentimiento de atraso y dependencia.

El Gobierno Federal, centrado en lo productivo (petróleo, crecimiento económico), deja en manos de la ayuda externa lo que considera secundario, representado por las ETD y las comunidades más invisibilizadas. Así, estas dependen para su mera supervivencia de agentes externos que definen qué programas se aplican, con qué recursos y bajo qué discurso. Se genera un modelo asistencialista donde las ONG con mayor financiación implementan programas más extensos en los Estados adjudicados, mientras que las organizaciones locales con menos recursos quedan limitadas, reproduciendo desigualdades también dentro del país.

Finalmente, la corta duración de las donaciones y los proyectos de ayuda externa refuerza la fragilidad del sistema. El ejemplo de RTI y USAID muestra lo efímero que puede ser el interés de la cooperación internacional ya que cuando se retira, deja a las comunidades sin tratamientos ni medicación, ni la infraestructura necesaria para sostenerlos. Se confirma así lo señalado en el marco teórico donde se da algo al pobre para que siga siendo objeto de intervención, no sujeto político de transformación.

Todas estas conclusiones configuran un marco abierto que invita a reflexionar sobre cuestiones no abordadas en la presente investigación. En particular, surge la necesidad de repensar el estudio de la enfermedad más allá de un enfoque binario del género, incorporando las experiencias de las disidencias sexo-genéricas. Del mismo modo, se plantea cómo articular prácticas que fortalezcan la autonomía comunitaria frente a la ayuda externa, sin desatender la dimensión farmacológica imprescindible. Este horizonte invita a integrar la perspectiva de género y la organización comunitaria a través de los roles culturales y las formas tradicionales de atención sanitaria, tanto como vía de apropiación de los procesos de cuidado como para subrayar su importancia. Finalmente, se abre la posibilidad de construir una alternativa al Plan Nacional Nigeriano hacia 2027, basada en la producción farmacéutica propia, la cooperación entre gobiernos africanos y un compromiso estatal que priorice la transparencia y las transformaciones estructurales por encima de medidas a corto plazo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abimbola, Seye, Asthana, Sumegha, Montenegro, Cristian, Guinto, Renzo R., Jumbam, Desmond T., Louskieter, Lance, Kabubei, Kenneth M., Munshi, Shehnaz, Muraya, Kui, Okumu, Fredros, Saha, Senjuti, Saluja, Deepika, & Pai, Madhukar. (2021). Addressing power asymmetries in global health: Imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. *PLoS Medicine*, 18(4), e1003604. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003604>
- Achimugu, Hassan, Ata-Agboni, Joy, & Aliyu, Abdulahi. (2013). Ethnicity, ethnic crisis, and good governance in Nigeria: Implications for sustainable national development. *Public Policy And Administration Research*, 3(12), 46-60. <https://core.ac.uk/download/pdf/234669055.pdf>
- Adebayo, Akanmu G. (1993). *Embattled federalism: History of revenue allocation in Nigeria, 1946–1990*. Peter Lang.
- Adewara, Sunday. (2021). Nigerian economy during colonial era: An overview. *Nigerian Politics* (pp. 245–258). https://doi.org/10.1007/978-3-030-50509-7_12
- AFEX. (2020). *State in focus Kaduna*. AFEX Commodities Exchange Limited. https://afchub.org/documents/1601556952State%20in%20Focus-Kaduna%20State_.pdf
- African Commission on Human and Peoples' Rights [ACHPR]. (2025). *Federal Republic of Nigeria*. African Commission On Human And Peoples' Rights. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://achpr.au.int/en/member-states/nigeria>
- Agada, Susan. (2020). Nigeria's informal water providers: Filling in the public gaps. En D. A. McDonald, S. Spronk, & D. Chavez (Eds.), *Public water and Covid-19: Dark clouds and silver linings* (pp. 281–290). Latin American Council of Social Sciences (CLACSO). https://www.tni.org/files/public-water-covid-19_chapter_17.pdf
- Agwaibor, Stephen. (2024, 26 abril). *Nigeria's urban water provision crisis*. VerivAfrica. Recuperado 30 de agosto, de <https://www.verivafrika.com/insights/nigerias-urban-water-provision-crisis>
- Akbulut, Nurcan & Razum, Oliver. (2022). Why Othering should be considered in research on health inequalities: Theoretical perspectives and research needs. *SSM – Population Health*, 20, 101286. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101286>
- Ally, Ombeni, Kanoi, Bernard N., Mmbando, Gideon S., Nyanjom, Steven G., Mnyone, Ladslaus L., Gitaka, Jesse, Misinzo, Gerald, & Ochola, Lucy. (2025). The impact of *Schistosoma haematobium* hybridization on molecular diagnosis of schistosomiasis: A review with emphasis on female genital schistosomiasis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 19(8), e0013364. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013364>
- Ally, Ombeni, Kanoi, Bernard N., Ochola, Lucy, Nyanjom, Steven G., Shiluli, Clement, Misinzo, Gerald, & Gitaka, Jesse. (2024). Schistosomiasis diagnosis: Challenges

- and opportunities for elimination. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 18(7), e0012282. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012282>
- Alsaafin, Yousef, Omer, Ayman, Felemban, Osama, Modawi, Sarra, Ibrahim, Maydolin, Mohammed, Abdullah, Elfaki, Ammar, Abushara, Ahmed, & SalahEldin, Maryam A. (2024). Prevalence and risk factors of schistosomiasis in Sudan: A systematic review and meta-analysis. *Cureus*, 16(11), e73966. <https://doi.org/10.7759/cureus.73966>
- Aluko, Funso, & Arowolo, Dare. (2010). Foreign aid, the Third World's debt crisis and the implication for economic development: The Nigerian experience. *African Journal of Political Science and International Relations*, 4(4), 120–127. <http://www.academicjournals.org/ajpsir>
- Alvar, Jorge, & Pécoul, Bernard. (2014). Enfermedades de la pobreza, enfermedades tropicales desatendidas. *Dossier: Enfermedades de la pobreza*, 7, 89-97.
- Álvarez, Danaysi, & Mora Alma R. (2022). Mujeres rurales, violencia de género y pandemia de COVID-19: una mirada desde la interseccionalidad. *CONfines*, 18(35), 61–78. <https://doi.org/10.46530/cf.vi35/cnfns.n35.p.61-78>
- Amadiume, Ifi. (1987). *Male daughters, female husbands: Gender and sex in an African society*. Zed Books.
- Amin, Samir. (1974). *La acumulación a escala mundial: Crítica de la teoría del subdesarrollo*. Siglo XXI de España Editores.
- Amin, Samir. (1976). *Unequal development: An essay on the social formations of peripheral capitalism* (B. Pearce, Trans.). Hassocks, England: The Harvester Press Limited.
- Amin, Samir. (1988). *La desconexión: Hacia un sistema mundial policéntrico*. Madrid: IEPALA Ediciones.
- Amttenbrink, Annika Silje. (2024). *Neo-colonial dynamics in Africa: A comparative study of China, Russia, and France. An assessment of economic, political, cultural, and military engagement as a form of neo-colonialism* (Tesis de Grado). Malmö University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1866148/FULLTEXT02>
- Aregbeshola, Bolaji S. & Khan, Samina M. (2018). Out-of-pocket payments, catastrophic health expenditure and poverty among households in Nigeria 2010. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 798–806. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.19>
- Aribodor, Ogechukwu B., Azugo, Nwadiuto O., & Nebe, Obiageli J. (2024). Assessing urogenital schistosomiasis and female genital schistosomiasis (FGS) among adolescents in Anaocha, Anambra State, Nigeria: Implications for ongoing control efforts. *BMC Public Health*, 24, 952. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-16038-2>
- Attah, Noah E. (2013). The historical conjuncture of neo-colonialism and underdevelopment in Nigeria. *Journal of African Studies and Development*, 5(5), 70–79. <https://doi.org/10.5897/JASD2013.0223>

- Aula, Oyime P., McManus, Donald P., Jones, Malcolm K., & Gordon, Catherine A. (2021). Schistosomiasis with a focus on Africa. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 6(3), 109. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6030109>
- Ayabina, Diepreye V., Clark, Jessica, Bayley, Helena, Lamberton, Poppy H., Toor, Jaspreet, & Hollingsworth, T. (2021). Gender-related differences in prevalence, intensity and associated risk factors of *Schistosoma* infections in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(11), e0009083. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009083>
- Azubuike, Precious C., Imo, Uchenna F., Ogbonna, Chimankpam K. (2024). Qualitative study of the stigma associated with the lived experiences of Buruli ulcer disease among patients in Nigeria. *International Health*, 16(6), 602–609. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihad090>
- Bambra, Clare. (2025). *How politics makes us sick* (2.^a ed.). Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1007/9781349961276>
- Banco Mundial [BM] (2025). *Nigeria development update: Building momentum for inclusive growth*. The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099050925195027786/pdf/P175280-8be71c83-76a1-4153-bde9-1332ebal1a6a3.pdf>
- Baquero, Oswaldo. (2021). One Health of peripheries: Biopolitics, social determination, and field of praxis. *Frontiers in Public Health*, 9, 617003. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.617003>
- Bariledum, Kia, & Serebe, Vurasi S. (2013). Political elites and the challenges of national development: The Nigeria experience. *European Scientific Journal*, 9(31), 161–172. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol17-issue5/I01755358.pdf>
- Batthyány, Karina. (2021). La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados. *Tareas*, (167), 25–30. Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena. <https://www.redalyc.org/journal/5350/535072007003/html/>
- Buonfrate, Dora, Ferrari, Teresa C., Adegnika, Ayola A., Stothard, J. Russell, Gobbi, Federico G. (2025). Human schistosomiasis. *The Lancet*, 405, 658–670. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00000-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00000-0)
- Bustinduy, Amaya L., Randriansolo, Bodo, Sturt, Amy S., Kayuni, Sekeleghe A., Leutscher, Peter D., Webster, Bonnie L., Van Lieshout, Lisette, Stothard, J. Russell, Feldmeier, Hermann, Gyapong, Margaret. (2022). An update on female and male genital schistosomiasis and a call to integrate efforts to escalate diagnosis, treatment and awareness in endemic and non-endemic settings: The time is now. *Advances in Parasitology*, 115, 1–44. <https://doi.org/10.1016/bs.apar.2021.12.001>
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad* (M. A. Muñoz, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1990).
- CA, Jayashankar, Kumar, Venkata B., Kandi, Venkataramana, Girish, N., Sasnjana, K., Dharshini, Divya, Vijaya, Satya, Bhanu, Prakash. (2024). Neglected tropical diseases: A comprehensive review. *Cureus*, 16(2), e53933. <https://doi.org/10.7759/cureus.53933>

- Caffrey, Conor R. (2015). Schistosomiasis and its treatment. *Future Medicinal Chemistry*, 7(6), 675–676. <https://doi.org/10.4155/fmc.15.35>
- Carbonell, Cristina, Rodríguez-Alonso, Beatriz, López-Bernús, Amparo, Almeida, Hugo, Galindo-Pérez, Inmaculada, Velasco-Tirado, Virginia, Marcos, Miguel, Pardo-Lledías, Javier, Belhassen-García, Moncef. (2021). Clinical spectrum of schistosomiasis: An update. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23), 5521. <https://doi.org/10.3390/jcm10235521>
- Cardoso, Fernando H., & Faletto, Enzo (2004). *Dependencia y desarrollo en América Latina: Ensayo de interpretación sociológica* (30.^a ed.). Siglo XXI Editores.
- Carod-Artal, Francisco J. (2008). Neurological complications of *Schistosoma* infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2007.08.004>
- Carrizo, Mariana B. (2019). Una analítica del poder desde el Sur Global: Los aportes de Achille Mbembe para una genealogía situada del racismo. *Revista Intersticios de la política y la cultura*, 16, 43–73.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2024, 7 junio). *DPDx – Schistosomiasis*. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://www.cdc.gov/dpdx/schistosomiasis/index.html>
- Chouliaraki, Lilie. (2013). *The Ironic Spectator: Solidarity in the Age of Post-Humanitarianism*. Polity Press.
- Colley, Daniel G., Bustinduy, Amaya L., Secor, W. Evan, & King, Charles H. (2014). Human schistosomiasis. *Lancet (London, England)*, 383(9936), 2253–2264. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61949-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61949-2)
- Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Cumes, Aura (2012). Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo: Un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio. *Anuario Hojas de Warmi*, 17, 1–16.
- Cumes, Aura. (2009). Mujeres indígenas, poder y justicia: De guardianas a autoridades en la construcción de culturas y cosmovisiones. En M. Lang & A. Lucia (Eds.), *Mujeres indígenas y justicia ancestral*. UNIFEM.
- Curiel, R.I. Ochy. (2009). *Descolonizando el feminismo: Una perspectiva desde América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75231>
- Dapel, Zuhumnan. (2018, 6 abril). *Poverty in Nigeria: Understanding and Bridging the Divide between North and South*. Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/poverty-nigeria-understanding-and-bridging-divide-between-north-and-south>
- De Freitas, Marcus V. (2023). *The impact of Chinese investments in Africa: Neocolonialism or cooperation?* (Policy Brief PB-30/23). Policy Center for the New South. https://www.policycenter.ma/sites/default/files/2023-08/PB_30-23_Marcus%20Freitas.pdf

- De Montalvo, Federico, & Bellver, Vicente. (2020). Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19: Una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia. *DS: Derecho y Salud*, 30, 58–73.
- De Sousa Santos, Boaventura. (2005). El fin de los descubrimientos imperiales. En *El milenio huérfano: Ensayos para una nueva cultura política*, 141–149. Editorial Trotta.
- Doran, Jack. (2023). The effect of spatial inequality on Nigeria's development. *Routes Journal*, 3(2), 85–98. Routes Journal.
- Dos Santos, Theotonio. (1971). *The structure of dependence*. En K. T. Fann & D. C. Hodges (Eds.), *Readings in U.S. imperialism* (pp. 225–236). Porter Sargent.
- Dos Santos, Theotonio. (2003). *La teoría de la dependencia* (1.^a ed., traducción de M. Bruckmann Maynetto). Plaza & Janés. (Obra original publicada en 2002).
- Ebegbulem, Joseph C. (2011). Ethnic politics and conflicts in Nigeria: Theoretical perspective. *Khazar Journal of Humanities and Social Sciences*, 14(3), 76–91. <https://doi.org/10.5782/2223-2621.2011.14.3.76>
- Ecoma, Chinyere. (2019). Imposition of colonial rule in Southern Nigeria, 1860–1914: British strategies, African diplomacy and resistance. *Journal of Research and Contemporary Issues*, 12(1), 75–98.
- Ediba, Isaac O. (2012). Colonialism, Christianity and the making of elite in North East Nigeria with specific reference to Tangale Land, 1915–1960. *SAU Journal of Humanities*, 1(1), 135–143.
- Ekloh, William, Asafu-Adjaye, Andy, Tawiah-Mensah, Christopher N., Ayivi-Tosuh, Selina M., Quartey, Naa, Aiduenu, Albert F., Gayi, Blessing K., Koudonu, Juliet, Basing, Laud A., Yamoah, Jennifer A., Dofuor, Aboagye K., & Osei, Joseph H. (2024). A comprehensive exploration of schistosomiasis: Global impact, molecular characterization, drug discovery, artificial intelligence and future prospects. *Heliyon*, 10, e33070. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e33070>
- Elaigwu, J. Isawa. (2005). Nigeria: Over-centralization after decades of military rule. En R. Blindenbacher & A. Ostien (Eds.), *Dialogues on distribution of powers and responsibilities in federal countries* (pp. 24–26). McGill-Queen's University Press. <https://doi.org/10.1515/9780773573079-009>
- Embajada de Nigeria en Roma. (2025). *Acerca de Nigeria*. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://nigerianrome.org/about-nigeria/>
- Emecheta, Buchi (1975). *Second-class citizen*. George Braziller.
- Emeh, Ikechukwu. (2013). Dependency theory and Africa's underdevelopment: A paradigm shift from pseudo-intellectualism: The Nigerian perspective. *International Journal of African and Asian Studies*, 1, 116–128. <https://core.ac.uk/download/pdf/234689738.pdf>
- Escobar, Arturo. (2007). *La invención del Tercer Mundo: Construcción y deconstrucción del desarrollo* (D. Ochoa, Trad.). Fundación Editorial El Perro y la Rana.
- Falola, Abraham, Fakayode, Segun B., Kayode, Ajoke O., & Amusa, Mujidat A. (2020). Rural women in Kwara State (Nigeria) and their contributions to the welfare of

- their households. *Journal of International Women's Studies*, 21(6), 167–180.
<https://vc.bridgew.edu/jiws/vol21/iss6/10>
- Falola, Toyin. (2024). Urbanization. En *Understanding colonial Nigeria: British rule and its impact* (pp. 405–422). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781009337205.021>
- Fanon, Frantz. (1965). *A dying colonialism* (H. Chevalier, Trans.; Introduction by A. Gilly). Grove Press. (Obra original publicada en 1959).
- Fanon, Frantz. (2009). *Piel negra, máscaras blancas* (I. Álvarez Moreno, P. Monleón Alonso & A. Useros Martín, Trad.). Akal. (Obra original publicada en 1952 como *Peau noire, masques blancs*)
- Fanon, Frantz. (2016). *Los condenados de la tierra*. Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, Bolivia. <https://www.marxists.org/espanol/fanon/los-condenados-de-la-tierra-franz-fanon.pdf>
- Fasakin, Akinbode. (2025). The decolonial dimension of the Boko Haram insurgency in Nigeria. *Critical Studies on Terrorism*, 18(3), 621–639.
<https://doi.org/10.1080/17539153.2025.2535771>
- Fassin, Didier. (2012). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. University of California Press.
- Federal Government of Nigeria. (2023). *2023 budget of the Federal Ministry of Petroleum Resources*. Federal Budget Office. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://budgetoffice.gov.ng/index.php/2023-appropriation-act-by-sector/budget-document/2023-budget/2023-appropriation-act-by-sector/federal-ministry-of-petroleum-resources-4>
- Federal Ministry of Health. (2023). *Nigeria Master Plan for Neglected Tropical Diseases (NTDs), 2023–2027*. Federal Government of Nigeria.
<https://espen.afro.who.int/sites/default/files/content/document/Nigeria%20NTD%20Master%20Plan%202023%20-%202027.pdf>
- Feldmeier, Hermann, Poggensee, Gabriele, Krantz, Ingela, & Helling-Giese, Gabriele. (1995). Female genital schistosomiasis: New challenges from a gender perspective. *Tropical and Geographical Medicine*, 47(2), 2–15.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7618212/>
- Femi, Chukwudi J. (2024). Exploring the origins of Nigeria's present-day multi-ethnic, religious, socio-political, and governmental dynamics. *International Journal of Research and Innovation in Social Science (IJRISS)*, 8(03), 1452–1461.
<https://doi.org/10.47772/IJRISS.2024.803107>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2019). *RuLIS COUNTRY BRIEF. Nigeria General Household Survey 2018–2019*. FAO. Recuperado 7 de mayo de 2025, de: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/1775a0a9-8796-4fee-bcc2-759ff92759fc/content>
- Foucault, Michel. (1976). *Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972–1977* (C. Gordon, Ed.; C. Gordon, L. Marshall, J. Mepham, & K. Soper, Trans.). Pantheon Books.

- Foucault, Michel. (2002a). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (Aurelio Garzón del Camino, Trad.). Siglo XXI Editores Argentina. (Obra original publicada en 1975)
- Foucault, Michel. (2002b). *La arqueología del saber* (A. Garzón del Camino, Trad.; portada adaptada por D. Chaskielberg). Siglo XXI Editores Argentina. (Obra original publicada en 1969).
- Foucault, Michel. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)* (H. Pons, Trad.; edición establecida por M. Senellart, bajo la dirección de F. Ewald y A. Fontana). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 2004).
- Frank, Andre G. (1969). *Latin America: Underdevelopment or revolution. Essays on the development of underdevelopment and the immediate enemy*. New York y London: Monthly Review Press.
- Fraser, Nancy. (2023). *Capitalismo caníbal: Cómo nuestro sistema está devorando la democracia y el cuidado y el planeta, y qué podemos hacer con eso*. Siglo XXI Editores.
- Freire, Paulo. (1968). *Pedagogía del oprimido*. Herder & Herder.
- Fuller, Sarah, Sakamoto, Jutaro, Adebayo, Saka, Sahoo, Rudranarayan, & Bao, Alexandra X. (2023). *Nigeria education fact sheets I 2023: Analyses for learning and equity using MICS data (MICS-EAGLE)*. UNICEF Nigeria. <https://www.unicef.org/nigeria/media/9211/file/Nigeria%20Education%20Fact%20Sheets.pdf>
- Garchitorena, A., Sokolow, S. H., Roche, B., Ngonghala, C. N., Jocque, M., Lund, A., Barry, M., Mordecai, E. A., Daily, G. C., Jones, J. H., Andrews, J. R., Bendavid, E., Luby, S. P., LaBeaud, A. D., Seetah, K., Guégan, J. F., Bonds, M. H., & De Leo, G. A. (2017). Disease ecology, health and the environment: A framework to account for ecological and socio-economic drivers in the control of neglected tropical diseases. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 372(20160128). <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0128>
- Gebremedhin, Dirar M., Teka, Hale, & Tsehaye, Kidan F. (2025). Female genital schistosomiasis as a cause of tubal ectopic pregnancy and recurrent pregnancy loss: A case report. *Case Reports in Pathology*, 2025. <https://doi.org/10.1155/crip/7652671>
- Gil, Adrián. (2020). *La geopolítica de Nigeria*. El Orden Mundial Exclusivo. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/la-geopolitica-de-nigeria/>
- Global Schistosomiasis Alliance. (2019, 29 abril). *USAID launches “Act To End NTDs”*. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://www.eliminatestschisto.org/news-events/news/usaaid-launches-act-to-end-ntds>
- Global Schistosomiasis Alliance. (2019, 29 abril). *USAID launches “Act to End NTDs”*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://www.eliminatestschisto.org/news-events/news/usaaid-launches-act-to-end-ntds>
- Gudynas, Eduardo. (2014). El postdesarrollo como crítica y el Buen Vivir como alternativa. En G. C. Delgado Ramos (Coord.), *Buena vida, Buen Vivir*:

Imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad (pp. 61-95). CEIICH, UNAM.

- Guerra, Luisa F. (2025, 13 mayo). Cooperación o dependencia: el dilema de México ante el congelamiento de los fondos de USAID. EFE. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://www.dejusticia.org/cooperacion-o-dependencia-el-dilema-de-mexico-ante-el-congelamiento-de-los-fondos-de-usaid/>
- Gyang, Vincent P., Abdulssalam, Hameedat O., Ahmed, Aminat O., Tokun, Oluwatomilola V., Ejike, Timothy N., Jonathan, Joseph, Bayegun, Adedotun A., Adubi, Taiwo O., Patrobas, Maryam N., & Ajayi, Jacob B. (2025). Investigating outcomes of female genital schistosomiasis in communities in Ogun State, Nigeria: A pilot cross-sectional study. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 119(4), 367–374. <https://doi.org/10.1093/trstmh/traf006>
- Hernández, Iris. (2020). Colonialismo, capitalismo y patriarcado en la historia y los feminismos de Abya Yala. *REPL*, 3(1), 6–202. Universidad Surcolombiana. <https://journalusco.edu.co/index.php/repl/article/view/2545/3894>
- Herrera, Estéfani. (2023). *El patriarcado en América Latina como región occidentalizada* (Tesis de máster). Universidad Autónoma de Morelos. <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/4233>
- Hill Collins, Patricia, & Bilge, Sirma. (2016). *Interseccionalidad*. Ediciones Morata S.L.
- Hill Collins, Patricia. (2000). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment* (2nd ed.). Routledge.
- Hilton, Blake. (2011). Frantz Fanon and colonialism: A psychology of oppression. *Journal of Scientific Psychology*.
- Hoefle-Bénard, Juliette, & Salloch, Sabine. (2024). Mass drug administration for neglected tropical disease control and elimination: A systematic review of ethical reasons. *BMJ Global Health*, 9(3), e013439. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013439>
- hooks, bell. (1981). *Ain't I a woman: Black women and feminism*. South End Press.
- hooks, bell. (1984). *Feminist theory: From margin to center*. South End Press.
- Hotez, Peter J; Aksoy, Serap; Brindley, Paul J; Kamhawi, Shaden (2020). What constitutes a neglected tropical disease? *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(1), e0008001. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008001>
- Illich, Ivan. (1968). *To Hell with Good Intentions* [Conferencia]. Conferencia de Interamerican Committee on Voluntary Action, Cuernavaca, México. https://www.uvm.edu/~jashman/CDAE195_ESCI375/To%20Hell%20with%20Good%20Intentions.pdf
- Immurana, Mustapha, Kisseih, Kwame G., Abdullahi, Ibrahim, Azuug, Muniru, Manyeh, Alfred K., Mohammed, Ayisa, & Kizhakkekara, Toby. (2024). The effects of selected neglected tropical diseases on economic performance at the macrolevel in Africa. *BMC Infectious Diseases*, 24, 462. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09302-3>

- Inobaya, Marianette, Olveda, Remigio M., Chau, Thao N. P., Olveda, David U., & Ross, Allen G. P. (2014). Prevention and control of schistosomiasis: A current perspective. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 5, 65–75. <https://doi.org/10.2147/RRTM.S44274>
- Irene, Julius, Irene, Bridget N., & Daniels, Chux. (2025). Not a drop to drink: Addressing Nigeria's deepening freshwater crisis. *Water*, 17, 1731. <https://doi.org/10.3390/w17121731>
- Jakupec, Viktor, Kelly, Max, & McKay, John. (2024). *Foreign aid in a world in crisis: Shifting geopolitics in the neoliberal era*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Jennings, Ross., & Oldiges, Christian. (2020). *Understanding poverty in Africa* (OPHI Briefing 56). Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), University of Oxford. https://ophi.org.uk/sites/default/files/B56_Africa_online.pdf
- Jia, Hongrui, Han, Xin, Aderemi, Timothy A., Ifekwem, Nkiruka E., & Al-Faryan, Mamdouth. (2025). Out-of-pocket expenditure and human welfare in Nigeria: Evidence from a fully modified ordinary least squares regression. *African Journal of Reproductive Health*, 29(2), 151–159. <https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i2.17>
- Johnston, Lynda. (2018). Intersectional feminist and queer geographies: A view from “down-under”. *Gender, Place & Culture: A Journal of Feminist Geography*, 25(4), 554–564. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2018.1461078>
- Kabeer, Naila. (1998). *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo* (M. Donís, Ed.; I. Vericat, Trad.). Programa Universitario de Estudios de Género, Instituto de Investigaciones Económicas; Paidós. https://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/21680/1/44_realidades_trastocadas.pdf
- Kabonga, Itai. (2016). Dependency theory and donor aid: A critical analysis. *Africanus: Journal of Development Studies*, 46(2), 29–41. <https://doi.org/10.25159/0304-615X/1096>
- Kano Chamber of Commerce, Industry, Mines and Agriculture [KACCIMA]. (2025). *About Kano State*. KACCIMA. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://demo.kaccima.ng/about-kano>
- Karmakar, Goutam. (2023). Living with extraction: Environmental injustice, slow observation and the decolonial turn in the Niger Delta, Nigeria. *International Social Science Journal*, 1–22. <https://doi.org/10.1111/issj.12480>
- Kasprowicz, Daniel, Wilczyńska, Wanessa, & Korzeniewski, Krzysztof. (2025). Health status of Tsimihety women: Sexually transmitted infections and schistosomiasis, Northern Madagascar. *Journal of Clinical Medicine*, 14(10), 3479. <https://doi.org/10.3390/jcm14103479>
- Kevane, Michael. (2012). Gendered production and consumption in rural Africa. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(31), 12350–12355. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003162108>

- King, Charles H., & Bertino, Anne-Marie. (2008). Asymmetries of poverty: why global burden of disease valuations underestimate the burden of neglected tropical diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2(3), e209. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0000209>
- King, Deborah. (1988). Multiple jeopardy, multiple consciousness: The context of a Black feminist ideology. *Signs*, 14(1), 42–72. <https://doi.org/10.1086/494491>
- Kirigia, Joses M., & Kubai, Patrick K. (2023). Monetary value of disability-adjusted life years and potential productivity losses associated with neglected tropical diseases in the East African Community. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 14, 35–47. <https://doi.org/10.2147/RRTM.S382288>
- Komi, George. (2020). The politics of foreign aid in Africa. *South-South Journal of Humanities and International Studies*, 2(1). <https://ssjhis.org/wp-content/uploads/2021/07/22-The-Politics-of-Foreign-Aid-in-Africa.pdf>
- Ladio, Ana. (2020). La etnobiología en áreas rurales y su aporte a la lucha para desentrañar sesgos patriarcales. *Ethnoscintia*, 5(1). <https://doi.org/10.22276/ethnoscintia.v5i1.298>
- Lagos, & Maiduguri. (2024, 7 noviembre). One country, two kinds of family: Why the fertility gap between north and south Nigeria matters. *The Economist*. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://www.economist.com/middle-east-and-africa/2024/11/07/why-the-fertility-gap-between-north-and-south-nigeria-matters>
- Leal, Nicholas. (2025, 30 enero). Incertidumbre y miedo en la cooperación al desarrollo ante la congelación de los fondos de USAID: “Es una medida racista”. El País. México. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://elpais.com/us/2025-01-31/incertidumbre-y-miedo-en-la-cooperacion-al-desarrollo-ante-la-congelacion-de-los-fondos-de-usaid-es-una-medida-racista.html>
- Lechler, Marie, & McNamee, Lachlan. (2017). Decentralized despotism? Indirect colonial rule undermines contemporary democratic attitudes. *Munich Discussion Paper No. 2017-7*, Department of Economics, Ludwig-Maximilians-Universität München. <https://epub.ub.uni-muenchen.de/36388/1/Decentralized.pdf>
- Lentz, Erin, Kerr, Rachel, Patel, Raj, Dakishoni, Laifolo, & Lupafya, Esther. (2018). The invisible hand that rocks the cradle: On the limits of time use surveys. *Development and Change* 50(1). <https://doi.org/10.1111/dech.12426>
- Liao, Hongyan, Lyon, Christopher J., Ying, Binwu, & Hu, Tony. (2024). Climate change, its impact on emerging infectious diseases and new technologies to combat the challenge. *Emerging Microbes & Infections*, 13. <https://doi.org/10.1080/22221751.2024.2356143>
- López, Verónica. (2007). La colonialidad del poder en Aníbal Quijano: Rutas hacia la descolonización. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*, 139–158. Asociación Latinoamericana de Sociología. <https://cdsa.aacademica.org/000-066/1232.pdf>
- Lugones, María (2007). Heterosexualism and the colonial/modern gender system. *Hypatia*, 22(1). https://law.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0004/2446213/Maria-Lugones.-Heterosexualism-and-the-ColonialModern-Gender-System.pdf

- Lugones, María (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73–101. <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
- Lugones, María (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105–119. https://hum.unne.edu.ar/generoysex/seminario1/s1_18.pdf
- Lwabukuna, Olivia (2023, 15 mayo). *Africa neglects women's property rights at its own economic peril – but it's not the only culprit*. SOAS University of London. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://www.soas.ac.uk/about/blogs/africa-neglects-womens-property-rights-its-own-economic-peril-its-not-only-culprit>
- Lynn, Spencer (2025, Mayo 13). *Op-Ed: The devastating impacts of the USAID pullout on Africa*. Michigan Journal of Economics. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://sites.lsa.umich.edu/mje/2025/05/13/op-ed-the-devastating-impacts-of-the-usaid-pullout-on-africa/#:~:text=In%205%20years%2C%20the%20economy,impact%20on%20Africa's%20startup%20economy.>
- Mackey, Tim K., Liang, Bryan A., Cuomo, Raphael, Hafen, Ryan, Brouwer, Kimberly C., Lee, Daniel E. (2014). Emerging and reemerging neglected tropical diseases: A review of key characteristics, risk factors, and the policy and innovation environment. *Clinical Microbiology Reviews*, 27(4), 949-979. <https://doi.org/10.1128/CMR.00045-14>
- Madueke, Onyedikachi. (2025, 11 agosto). The violence in Nigeria's Middle Belt has long historical roots. *LSE – Blog on Development*. Recuperado 7 de mayo de 2025, de <https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/2025/08/11/the-violence-in-nigerias-middle-belt-has-long-historical-roots/>
- Mago, Rafael, Romagosa, Ernesto, & González, Esther G. (2008). Esquistosomiasis urinaria: Presentación de un paciente. *Acta Médica del Centro*, 2(2), 24–27. <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/381>
- Maldonado-Torres, Nelson. (2007). On the coloniality of being: Contributions to the development of a concept. *Cultural Studies*, 21(2–3), 240–270. <https://doi.org/10.1080/09502380601162548>
- Malta, Vivian, Kolovich, Lisa, Martínez, Angelica, & Tavares, Marina M. (2021). The close relationship between informality and gender gaps in Sub-Saharan Africa. In *The global informal workforce: Priorities for inclusive growth* (pp. 191–222). International Monetary Fund. <https://doi.org/10.5089/9781513575919.071>
- Mama, Amina. (2001). Challenging subjects: Gender and power in African contexts. *African Sociological Review*, 5(2), 63-73. <https://www.jstor.org/stable/24487697>
- Mamdani, Mahmood. (1996). *Citizen and subject: Contemporary Africa and the legacy of late colonialism*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvc77c7w>
- Mamdani, Mahmood. (2020). *Neither settler nor native: The making and unmaking of permanent minorities*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press. <https://lcn.loc.gov/2020013624>
- Marter-Kenyon, Jessica S., Blakeley, S. Lucille, Banks, Jacqueline L., Ndiaye, Codou, & Diop, Maimouna. (2023). Who has the time? A qualitative assessment of gendered

- intra-household labor allocation, time use and time poverty in rural Senegal. *Frontiers in Sustainable Food Systems*, 7. <https://doi.org/10.3389/fsufs.2023.1198290>
- Masaka, Dennis. (2025). Unlocking women's political agency in Africa through decolonial thinking. In *Decoloniality in gender discourse and praxis*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003478645>
- Masong, Makia C., Mengue, Marie-Therese, Tchoffo Marlene, Nstinda, Dean, Laura, Thomson, Rachael, Stothard R., & Theobald, Sally. (2024). Illness experiences and mental health challenges associated with female genital schistosomiasis in Cameroon: A gender analysis. *International Health*, 16, 42–51. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihac004>
- Mbembe, Achille. (2001). *On the postcolony* (A. M. Berrett, Janet Roitman, Murray Last, & Steven Rendall, Trans.). University of California Press.
- Mbembe, Achille. (2011). *Necropolítica: seguido de Sobre el gobierno privado indirecto* (Elisabeth Falomir Archambault, Trad. y Ed.). Melusina. (Obras originales publicadas en 1999 y 2006).
- Mbembe, Achille. (2016). *Crítica de la razón negra: Ensayo sobre el racismo contemporáneo* (Enrique Schmukler, Trad.; Pról. de Verónica Gago y Juan Obarrio). Futuro Anterior NED Ediciones. (Obra original publicada en 2013).
- Mbembe, Achille. (2018). *Políticas de la enemistad* (Víctor Goldstein, Trad.). Futuro Anterior NED Ediciones. (Obra original publicada en 2016).
- Mbembe, Achille. (2021). *Out of the dark night: Essays on decolonization* (Daniela Ginsburg, Trans.). Columbia University Press. (Obra original publicada en 2010).
- Mbwanji, Gladys, Mazigo, Humphrey D., Maganga, Jane K., & Downs, Jennifer A. (2024). Female genital schistosomiasis is a neglected public health problem in Tanzania: Evidence from a scoping review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 18(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011954>
- McMurray, Christine. (2004). Globalization and health: The paradox of the periphery. *Perspectives on Global Development and Technology*, 3(1–2). Koninklijke Brill NV. <https://doi.org/10.1163/1569150042036575>
- Merck KGaA. (2025). *E. Merck KG, Darmstadt, Germany*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://www.merckgroup.com/en/company/management/e-merck-kg.html>
- Mizuno, Nobuhiro. (2016). Political structure as a legacy of indirect colonial rule: Bargaining between national governments and rural elites in Africa. *Journal of Comparative Economics*, 44(4), 1023–1039. <https://doi.org/10.1016/j.jce.2016.10.001>
- Mohammed, Hadiza, & Oguntola, Ibukun. (2023, 1 noviembre). *The fight against open defecation: Can Nigeria meet the 2025 target?* Nigeria Health Watch. Recuperado 30 de agosto, de <https://articles.nigeriahealthwatch.com/the-fight-against-open-defecation-can-nigeria-meet-the-2025-target/>
- Molyneux, David H., Dean, Laura, Adekeye, Oluwatosin, Stothard, J. Russell, Theobald, Sally. (2018). The changing global landscape of health and disease: Addressing challenges and opportunities for sustaining progress towards control and

- elimination of neglected tropical diseases (NTDs). *Parasitology*, 145(13), 1647-1654. <https://doi.org/10.1017/S0031182018000069>
- Montané, Isabel A. (2014). Esquistosomiasis intestinal: reporte de un caso. *Revista Ciencias Médicas*, 18(5), 913–919. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n5/rpr19514.pdf>
- Moyo, Dambisa. (2009). *Dead aid: Why aid is not working and how there is a better way for Africa*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux. https://gdsnet.org/Dambisa_moyo_DeadAidForward.pdf
- Mudimbe, Valentin-Yves. (1988). *The invention of Africa: Gnosis, philosophy, and the order of knowledge*. Indiana University Press; James Currey. https://files.libcom.org/files/zz_v.y._mudimbe_the_invention_of_africa_gnosis_pbook4you_1.pdf
- Mwinzi, Pauline N., Chimbari, Moses, Sylla, Khadime, Odierem Maurice R., Midzi, Nicholas, Ruberanziza, Eugene, Mupoyi, Sylvian, Mazigo, Humphrey D., Coulibaly, Jean T., Ekpo, Uwem F., Sacko, Moussa, Njenga, Sammy M., Tchuem-Tchuente, Louis-Albert, Gouvras, Anouk N., Rollinson, David, Garba, Amadou, & Juma, Elizabeth A. (2025). Priority knowledge gaps for schistosomiasis research and development in the World Health Organization Africa Region. *Infectious Diseases of Poverty*, 14, 19. <https://doi.org/10.1186/s40249-025-01019-0>
- National Bureau of Statistics. (2022). *Nigeria launches its most extensive national measure of multidimensional poverty*. Federal Government of Nigeria. Recuperado 30 de Agosto de 2025, de <https://www.nigerianstat.gov.ng/news/78>
- Ndiour, Coumba N., Senghor, Bruno, Thiam, Ousmane, Niang, Souleymane, Wotodjo, Amélé N., Faye, Babacar T., Ndiaye, Ndeye A., Sow, Omar, Sylla, Khadime, Ndiaye, Magatte, Gaye, Oumar, Faye, Babacar, Sokhna, Cheikh, Doucouré, Souleymane, & Sow, Doudou. (2024). Prevalence and associated factors of schistosomiasis among pregnant women in northern Senegal. *BMC Infectious Diseases*, 24, 682. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09443-5>
- Nelwan, Martin L. (2019). Schistosomiasis: Life cycle, diagnosis, and control. *Current Therapeutic Research*, 91, 5–9. <https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2019.06.001>
- Ngui, Samuel M., Mwangangi, Joseph M., Richter, Joachim, & Ngunjiri, Josephine W. (2024). Prevalence and intensity of urinary schistosomiasis and soil-transmitted helminths among women of reproductive age in Mwaluphamba, Kwale. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 17(2), 71–83. https://doi.org/10.4103/apjtm.apjtm_762_23
- Niyonkuru, F. (2016). Failure of foreign aid in developing countries: A quest for alternatives. *Business and Economics Journal*, 7(3). <https://doi.org/10.4172/2151-6219.1000231>
- Nkealah, Naomi. (2016). (West) African feminisms and their challenges. *Journal of Literary Studies*, 32(2), 61–74. <https://doi.org/10.1080/02564718.2016.1198156>
- Nkealah, Naomi. (2025). Intersectionality, African feminism and decolonial African feminist praxis. En M. I. Kamlongera (Ed.), *Decoloniality in gender discourse and praxis: A view from the margins* (pp. 57–74). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003478645>

- Obani, Eberechukwu F. (2020). Politics of foreign aid and development in Africa: Focus on Nigeria. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 10(1), 76–96. <https://ssjhis.org/wp-content/uploads/2021/07/22-The-Politics-of-Foreign-Aid-in-Africa.pdf>
- Observatorio de la Complejidad Económica [OEC]. (2025). *Nigeria (NGA) – Exports, imports, and trade partners*. Recuperado 30 de agosto de, <https://oec.world/en/profile/country/nga>
- Ochojila, Ameh. (2024, 10 abril). *179 million Nigerians in dire straits, lack access to potable water nationwide*. The Guardian. Recuperado de 30 de agosto, de <https://guardian.ng/news/179m-nigerians-in-dire-straits-lack-access-to-potable-water-nationwide/>
- Okereka, Princewill, Oluka, Lucas, & Igbini, Daniel. (2020). Colonialism and amalgamation of Southern and Northern Protectorates: Analysis of emerging issues in Nigeria. *Journal of Political Science and Leadership Research*, 6(1), 49–64. <https://www.iiardjournals.org/get/JPSLR/VOL.%206%20NO.%201%202020/Colonialism%20and%20Amalgamation%20of%20Southern.pdf>
- Okonkwo, Ogechukwu. (2023). The making of modern Nigeria: British imperialism and the political evolution of Nigeria. *The Republic*, 8(2). <https://rpublic.com/october-november-2023/the-making-of-nigeria/>
- Okoroafor, Chigozie F., Umeononihu, Osita S., Anikwe, Chibede C., Adebayo, Adeniyi J., Ezeigwe, Chijoke O., Olaleye, Ayodele A., Okorochukwu, Bartholomew C., Ogelle, Onyechrelam M., & Eleje, George U. (2024). Impact of schistosomiasis infection on maternal and neonatal outcomes in pregnancy: A prospective cohort study in Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, 864. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07064-z>
- Okosun, Andrew E., Okeke, Francis O., Igwe, Ajuluchukwu E., Ezema, Emmanuel C., & Okpalike, Cyriacus O. (2023). Rural area infrastructural challenges and the role of architecture in urban-rural development in Nigeria. *European Journal of Sustainable Development*, 12(4), 305–318. <https://doi.org/10.14207/ejsd.2023.v12n4p305>
- Okwuadimma, Jude C. (2023). The dialectics of socio-economic development in Nigeria's South-East region: A dependency approach. *Economics*, 1047–1058. <https://rsisinternational.org/journals/ijriss/articles/the-dialectics-of-socio-economic-development-in-nigerias-south-east-region-a-dependency-approach/>
- Oladunni, Abimbola, Haruna, Usman, Olayemi, Alaka, Adedoyin, Adewusi, Ndubisi, Abia C., Terhemmen, Amene, Umar, Sow A., & Lucero-Prisno, Don Eliseo III. (2022). Agriculture and food security in Northern Nigeria, Part I: The implications of climate change. En *Advances in Food Security and Sustainability*, 7, 137–148. <https://doi.org/10.1016/bs.af2s.2022.07.005>
- Oluwadele, Lalekan, Adediran, Adedapo, & Sunkanmi, Olaogun M. (2023). Ethnic and cultural diversity in Nigeria: A panacea for national development or decapitation? *Integrity Journal of Arts and Humanities*, 4(4), 62–70. <https://doi.org/10.31248/IJAH2023.076>

- Omotayo, Olufunmilola. (2024). Traditional marriage in Yoruba culture: An exploration of male dominance. *Lakhomi Journal Scientific Journal of Culture*, 4(3), 111–120. <https://doi.org/10.33258/lakhomi.v4i3.1023>
- Onakalu, Praise O., Oyinlola, Funmilola F., Oluwatope, Omolayo B., Agbeja, Ifedapo, Shittu, Immanuel O., Ogbeye, Gbemisola B., & Okorafor, Kwala A. (2025). Rural-urban differentials in women empowerment and experience of under-five mortality among mothers in Nigeria: A multiple indicator survey analysis. *BMC Public Health*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23412-w>
- Onyeiwu, Stephen. (2025, 18 junio). Nigeria's economy is growing but rural poverty is rising: 5 key policies to address the divide. *The Conversation*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://theconversation.com/nigerias-economy-is-growing-but-rural-poverty-is-rising-5-key-policies-to-address-the-divide-257152>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *WHO guideline on control and elimination of human schistosomiasis*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041608>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023a, 1 febrero). Esquistosomiasis. Recuperado 24 de agosto de 2025, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023b, 18 enero). Infecciones por helmintos transmitidos por el suelo. Recuperado 24 de agosto de 2025, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023c, 12 enero). Leishmaniasis. Recuperado 24 de agosto de 2025, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). Enfermedades tropicales desatendidas. Recuperado 24 de agosto de 2025, de <https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases>
- Osoba, Victory. (2024, 30 noviembre). The sachet water pandemic – Why Nigerians choose convenience over safety. *Aqua Maya*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://aquamaya.org/the-sachet-water-pandemic-why-nigerians-choose-convenience-over-safety/>
- Our World in Data. (2025) *Human Development Index groups 2023 UNDP*. Recuperado de 30 agosto de 2025, de <https://ourworldindata.org/grapher/human-development-index-groups?time=2023>
- Oyèwùní, Oyèrónké. (1997). *The invention of women: Making an African sense of Western gender discourses*. University of Minnesota Press.
- Patel, Jainisha (2020, 12 octubre). *Despite perceptions of gender equality, Africa's rural women bear brunt of economic exclusion*. Afrobarometer. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://afrobarometer.org/publication/ad397-despite->

- Pillay, Leora N., Umbelino-Walker, Isis, Schlosser, Delphine, Kalume, Christine, & Karuga, Robinson. (2024). Minimum service package for the integration of female genital schistosomiasis into sexual and reproductive health and rights interventions. *Frontiers in Tropical Diseases*, 5. <https://doi.org/10.3389/fitd.2024.1321069>
- Pinto, Teresa N. (2025, 11 marzo). *Nigeria's federalism and the struggle for unity*. GIS Reports. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://www.gisreportsonline.com/r/nigeria-federalism-challenges/>
- Prebisch, Raul. (2012). *El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40010-desarrollo-economico-la-america-latina-algunos-sus-principales-problemas>
- Quijano, Aníbal. (2006). Don Quijote y los molinos de viento en América Latina. *Pasos*, 127. DEI. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Costa_Rica/dei/20120711013853/donquijote.pdf
- Quijano, Aníbal. (2014a). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En *Cuestiones y horizontes: De la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. CLACSO. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf>
- Quijano, Aníbal. (2014b). “Bien vivir”: entre el “desarrollo” y la des/colonialidad del poder. En *Cuestiones y horizontes: De la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*, 847-859. CLACSO. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507045047/eje3-10.pdf>
- Quintanilla, Paula (2022). *Enfermedades tropicales desatendidas* (Trabajo de fin de grado, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria). Universidad de Cantabria. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25865/2022_QuintanillaJuanP.pdf?sequence=1
- Randrianasolo, Bodo S., Jøker, Karoline, Arenholt, Louise T. S., Rabozakandraina, Tiana O., Ramarokoto, Charles E., Brønnum, Dorthe, Martin, Christensen, Søren Lundbye, Jensen, Jørgen S., Corstjens, Paul, van Dam, Govert J., Kobayashi, Noriko, Hamano, Shinjiro, & Leutscher, Peter D. (2024). An assessment of gynecological manifestations in women with female genital schistosomiasis with reference to Schistosoma biomarkers, sexually transmitted infections and bacterial vaginosis. *Frontiers in Tropical Diseases*, 5. <https://doi.org/10.3389/fitd.2024.1322667>
- Redshaw, Sarah, Thomas, Cate, Kerrigan, Nathan, Krivokapic-Skoko, Branka, & Flynn, Susan. (2025). Rurality and intersectionality: A literature review. *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 44(9), 208–226. <https://doi.org/10.1108/EDI-10-2024-0482>
- Rist, Gilbert (2002). *El desarrollo: Historia de una creencia occidental*. IUDC-La Catarata.

- Rodney, Walter (2011). *How Europe underdeveloped Africa*. Baltimore, MD: Black Classic Press. (Obra original publicada en 1972).
- Rodrigues, Laís (2022). *Feminismo decolonial: Influencias y aportes de María Lugones / Decolonial feminism: María Lugones' influences and contributions*. *Revista Estudos Feministas*, 30(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n184278>
- Ross, Allen G.; Vickers, David; Olds, G. Richard; Shah, Syed M.; McManus, Donald P. (2007). Katayama syndrome. *The Lancet Infectious Diseases*, 7(3), 218–224. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70053-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70053-1)
- Said, Edward W. (1978). *Orientalism*. Pantheon Books.
- Sánchez, Omar (2003). The rise and fall of the dependency movement: Does it inform underdevelopment today? *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe* (E.I.A.L.), 14(2). <https://eialonline.org/index.php/eial/article/view/893/946>
- Saraiva, Roberto M., Mediano, Mauro F., Mendes, Fernanda SNS, da Silva, Gilberto, Veloso, Henrique H., Sengeniz, Luis H., da Silva, Paula S., Mazzoli-Rocha, Flavia, Sousa, Andréa S., Holanda, Marcelo T., Hasslocher-Moreno, Alejandro M. (2021). Enfermedad cardíaca de Chagas: descripción general del diagnóstico, manifestaciones, tratamiento y atención. *Revista Mundial de Cardiología*, 13(12), 654–675. <https://doi.org/10.4330/wjc.v13.i12.654>
- Segato, Rita Laura. (2014). *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres* (1.ª ed.). Puebla, México: Pez en el árbol.
- Segato, Rita Laura. (2016) *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Sheldon, Kathleen. (2017). *African women: Early history to the 21st century*. Indiana University Press.
- Shen, Zhangzhou, & Luo, Houqiang. (2025). The impact of schistosomiasis on the global disease burden: A systematic analysis based on the 2021 Global Burden of Disease study. *Parasite*, 32, 12. <https://doi.org/10.1051/parasite/2025005>
- Sibomana, Jean P., Campeche, Aloma, Carvalho-Filho, Roberto J., Correa, Ricardo A., Duani, Helena, Pacheco, Virginia, Hilton, Joan F., Kassa, Biruk, Kumar, Rahul, Lee, Michael H., Loureiro, Camila M., Mazimba, Sula, Mickael, Claudia, Oliveira, Rudolf K., Ota-Arakaki, Jaqueline S., Rezende, Camila F., Silva, Luciana C., Sinkala, Edford, Ahmed, Hanan Y., Graham, Brian B. (2020). Schistosomiasis pulmonary arterial hypertension. *Frontiers in Immunology*, 11, 608883. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.608883>
- Smith, James A., & Judd, Jenni. (2020). COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 31(2), 158–160. <https://doi.org/10.1002/hpja.333>
- Sontag, Susan. (2003). *Regarding the Pain of Others*. Farrar, Straus and Giroux.
- Spivak, Gayatri. (2003). ¿Puede hablar el subalterno? *Revista Colombiana de Antropología*, 39, 297–364. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. <https://www.redalyc.org/pdf/1050/105018181010.pdf>

- Ssali, Sarah N., Morgan, Rosemary, Nakiranda, Salama, Opio, Christopher K., & Otmani, Mariam. (2023). Gendered lives, gendered vulnerabilities: An intersectional gender analysis of exposure to and treatment of schistosomiasis in Pakwach district, Uganda. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 17(11), e0010639. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010639>
- Sturt, Amy, Omar, Tanvier, Hansingo, Isaiah, Kamfwa, Paul, Bustinduy, Amaya, & Kelly, Helen. (2025). Association of female genital schistosomiasis and human papillomavirus and cervical pre-cancer: A systematic review. *BMC Women's Health*, 25, 2. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03514-0>
- Suberu, Rotimi. (2001). *Federalism and ethnic conflict in Nigeria*. Washington, DC: USIS Press.
- Suleimuri, Haruna M. (2017). Overview of British colonial policies on agriculture in Muri Emirate, 1903–1960. *The International Journal of Humanities & Social Studies*, 5(5), 64–79.
- Tamale, Sylvia (2020). *Decolonization and Afro-feminism*. Daraja Press.
- Tang, Kin-Boon, & Bundhoo, Diya. (2017). Foreign aid and economic growth in developing countries: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Theoretical Economics Letters*, 7, 1473–1491. <http://www.scirp.org/journal/tel>
- Thiong'o, Ngugi wa. (1981). *Decolonising the mind: The politics of language in African literature*. Zimbabwe Publishing House.
- Thomas, Cate, MacMillan, Catherine, McKinnon, Margaret, Torabi, Hamed, Osmond-McLeod, Marcus, Swavley, Emily, Armer, Tania, & Doyle, Katherine. (2021). Seeing and overcoming the complexities of intersectionality. *Challenges*, 12(1), 5. <https://doi.org/10.3390/challe12010005>
- Tiruneh, Abebaw, Zemene, Endalew, Mizana, Biru A., Dana, Daniel, Girma, Hundaol, Ayana, Mio, & Mekonnen, Zeleke. (2024). Schistosoma mansoni and soil-transmitted helminthic infections and associated factors among pregnant women in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 24, 3254. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20735-y>
- Unceta, Koldo. (2009). Desarrollo, subdesarrollo, maldesarrollo y postdesarrollo: Una mirada transdisciplinar sobre el debate y sus implicaciones. *Carta Latinoamericana*, 7. D3e-CLAES. <https://www.cartalatinoamericana.com/numeros/CartaLatinoAmericana07Unceta09.pdf>
- Undiyaundeye, Udida A. (2021). History, political elite and the struggle for Nigerian unity, 1960–2010. *GNOSI: An Interdisciplinary Journal of Human Theory and Praxis*, 4(2). <https://gnosijournal.com/index.php/gnosi/article/view/82>
- UNESCO Institute for Statistics. (2024). *Literacy rate, adult female (% of females ages 15 and above) – Sub-Saharan Africa*. The World Bank. <https://uis.unesco.org/bdds>
- UNICEF Nigeria. (2022, 21 octubre). *More than 1.5 million children at risk as devastating floods hit Nigeria*. UNICEF. Recuperado 30 agosto de 2025, de <https://www.unicef.org/press-releases/more-15-million-children-risk-devastating-floods-hit-nigeria>

- UNICEF Nigeria. (2025). *Education*. UNICEF Nigeria. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://www.unicef.org/nigeria/education>
- Valim de Melo, Glenda C. (2021). Performativity of race intersected by gender and sexuality in a conversation circle among Black women. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 60(1), 309–330. <https://doi.org/10.1590/010318139557711520210309>
- Van Hout, M. C., & Wells, J. S. G. (2021). The right to health, public health and COVID-19: A discourse on the importance of the enforcement of humanitarian and human rights law in conflict settings for the future management of zoonotic pandemic diseases. *Public Health*, 192, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.020>
- Verjee, Mohamud A. (2019). Schistosomiasis: Still a cause of significant morbidity and mortality. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 10, 153–163. <https://doi.org/10.2147/RRTM.S204345>
- Villamizar-Monsalve, María A., López-Abán, Julio, Vicente, Belén, Peláez, Rafael, Muro, Antonio. (2024). Current drug strategies for the treatment and control of schistosomiasis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 25(4), 409–420. <https://doi.org/10.1080/14656566.2024.2334046>
- Wambui, Cecilia, Madinga, Joule, Ashepet, Mercy, Anyolitho, Maxson, Mitash, Patrick, & Huyse, Tine. (2024). Knowledge, attitudes and practices toward female genital schistosomiasis among community women and healthcare professionals in Kimpese region, Democratic Republic of Congo. *PLoS Negl Trop Dis*, 18(7). [10.1371/journal.pntd.0011530](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011530)
- World Health Organization [WHO]. (2023a). *Status of schistosomiasis endemic countries: 2023*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de https://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sch/sch.html
- World Health Organization [WHO]. (2023b). *Número de personas que requieren intervenciones contra las enfermedades tropicales desatendidas*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/reported-number-of-people-requiring-interventions-against-ntds>
- World Health Organization [WHO]. (2023c). *Nigeria [Country overview]*. Recuperado 30 de agosto de 2025, de <https://data.who.int/countries/566>
- Yusuf, Hakeem. (2017). *Nigeria: The colonial legacy and transitional justice* (A. Moyo, S. Bray, & M. Ruben, Eds.). Centre for the Study of Violence and Reconciliation.
- Yusuf, Kayode A., Awoniyi, Adedayo M., Dada, Olarewaju A., & Aremu, Mariam B. (2022). Religion and gender behavior: Understanding the variations in risk to urinary schistosomiasis among farmers. *Journal of Parasitic Diseases*, 46, 12–17. <https://doi.org/10.1007/s12639-021-01445-0>

8. ANEXOS

ANEXO 1. Informe del Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos (CEISH-UPV/EHU)



IKERKETA SAILEKO ERREKTOREORDETZA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

GIZAKIEKIN ETA HAUEN LAGIN ETA DATUEKIN
EGINDAKO IKERKETEI BURUZKO ETIKA
BATZORDEAREN (GIEB-UPV/EHU) TXOSTENA

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LAS
INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS, SUS
MUESTRAS Y SUS DATOS (CEISH-UPV/EHU)

Astrid Beascoa Tomás andreak, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) GIEBeko idazkari gisa,

Astrid Beascoa Tomás como Secretaria del CEISH de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

ZIURTATZEN DU

CERTIFICA

Ezen gizakiekin egindako ikerkuntzaren etika batzorde honek, GIEB-UPV/EHU, (2014/2/17ko 32. EHAA)

Que este Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, CEISH-UPV/EHU, BOPV 32, 17/2/2014,

Balioetsi duela ondoko ikertzailearen proposamen hau:

Ha evaluado la propuesta de la investigadora:

HAIZEA PRADOS andreak, M10_2024_350, honako ikerketa proiektu hau egiteko:

Dña. HAIZEA PRADOS, M10_2024_350, para la

"La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: Interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis"

realización del proyecto de investigación: "La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: Interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis"

Y considerando que,

Eta aintzat hartuta ezen

1. Ikerketa justifikatuta dago, bere helburuei esker jakintza areagotu eta gizarteari onura ekarriko baitio, ikerlanak leku batean eragotzen eta arriskuak arazoizko izanik.
2. Ikertzaile taldearen gaitasuna eta erabilgarritututuen baliabideak aproposak dira proiektu gauzatzeko.
3. Ikerketaren planteamendua bat dator era honetako ikerkuntza egin ahal izateko baldintza metodologiko eta etikoei, ikerkuntza zientifikoaren praktika egokien irizpideei jarraiki.
4. Indarreko arauak betetzen ditu, ikerketa egin ahal izateko baimenak, akordioak edo hitzarmenak barne.

1. La investigación está justificada porque sus objetivos permitirán generar un aumento del conocimiento y un beneficio para la sociedad que hace asumibles las molestias y riesgos previsibles.
2. La capacidad del equipo investigador y los recursos disponibles son los adecuados para realizarla.
3. Se plantea según los requisitos metodológicos y éticos necesarios para su ejecución, según los criterios de buenas prácticas de la investigación científica.
4. Se cumple la normativa vigente, incluidas las autorizaciones, acuerdos o convenios necesarios para llevarla a cabo.

Aldeko Txostena eman du 2024KO abenduaren 12an egin duen bileran (12_2024 akta) aipatutako ikerketa proiektua ondoko ikertzaileek osatutako taldeak egin dezan:

Ha emitido en la reunión celebrada el 12 de diciembre de 2024 (acta 12_2024), **INFORME FAVORABLE** a que dicho proyecto de investigación sea realizado, por el equipo investigador:

HAIZEA PRADOS
AMAIA IZOLA ARGÜESO

Eta halaxe sinatu du Leioan, 2025ko urtarilaren 21ean

Lo que firmo en Leioa, a 21 de enero de 2025

ASTRID MARIA
BEASCOA TOMAS -
14956218P

Firmado digitalmente por ASTRID
MARIA BEASCOA TOMAS -
14956218P
Fecha 2025.01.22 07:59:18 +0100

GIEB-UPV/EHUko idazkari teknikoa
Secretaria Técnica del CEISH-UPV/EHU

BIZKAIAKO CAMPUSA
CAMPUS DE BIZKAIA
Sarriena Auzoa, 2/g
48940 LEIOA

astrid.beascoa@ehu.es
www.ehu.es/CEID

ANEXO 2. Mapeo de las entidades relacionadas con la esquistosomiasis en Nigeria

Mapa de las zonas Geopolíticas de Nigeria



Fuente de procedencia: Elaboración propia

CLASIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES SEGÚN SU UBICACIÓN GEOGRÁFICA						
NOMBRE DE LA ENTIDAD	UBICACIÓN (POR ZONAS GEOPOLÍTICAS)					
	Zona Central	Zona Norte-Oeste	Zona Norte-Este	Zona Sur-Sur	Zona Sur-Este	Zona Sur-Oeste
FGS Society Nigeria	X	X	X	X	X	X
The Carter Center Nigeria	X			X	X	
HANDS Programme	X	X	X			
Nigerian Institute of Medical Research	X		X	X		
Act to end NTDs East	X	X		X	X	

NOMBRE DE LA ENTIDAD	UBICACIÓN (POR ZONAS GEOPOLÍTICAS)					
	Zona Central	Zona Norte-Oeste	Zona Norte-Este	Zona Sur-Sur	Zona Sur-Este	Zona Sur-Oeste
Sightsavers Nigeria	X	X	X			
ACENTDFB	X	X	X			
EHA Clinics	X	X				X
NHDF	X	X	X	X	X	X
CIFF	No especificadas					
ODHI						X
Slum and Rural Health Initiative	X	X	X	X		X
University College Hospital of Ibadan						X
Lagos University Teaching Hospital						X
Federal Ministry of Health and Social Welfare	X	X	X	X	X	X

Fuente de procedencia: Elaboración propia

LISTADO DE ENTIDADES QUE TRABAJAN CON LA ESQUISTOSOMIASIS Y LAS ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS EN COMUNIDADES RURALES DE NIGERIA

1. FEMALE GENITAL SCHISTOSOMIASIS SOCIETY OF NIGERIA
<p>Descripción general de la asociación:</p> <p>Nigerian Female Genital Schistosomiasis Society es una organización que trabaja con mujeres en estados rurales endémicos de Nigeria. <i>FGS Network</i> es un grupo de WhatsApp creado en octubre de 2021 para poner en contacto a los becarios de FGS en Nigeria y a aquellos a los que los becarios imparten conferencias con el objetivo de concienciar sobre la FGS. Ha crecido hasta abarcar las seis zonas geopolíticas y se ha registrado en la Comisión de Asuntos Corporativos de Nigeria como Sociedad de Esquistosomiasis Genital Femenina de Nigeria. La Red se mantendrá como medio de comunicación entre sus miembros. El registro de la Red como sociedad se hizo necesario para obtener la atención y el reconocimiento necesarios de las partes interesadas pertinentes en Nigeria.</p> <p>La Red, en colaboración con las partes interesadas tanto en Nigeria como en el resto del mundo, desea llevar a cabo una cartografía epidemiológica de la esquistosomiasis en Nigeria y aplicar un enfoque en el que se llevará a cabo una búsqueda activa de la esquistosomiasis en las comunidades en las que prevalece, así como la aplicación de un tratamiento preventivo y curativo con praziquantel dirigido tanto a los niños escolarizados como a los no escolarizados a nivel comunitario, de modo que las niñas se beneficien de un tratamiento de por vida de la esquistosomiasis.</p>

FSG Society Nigeria se dedica a la investigación, educación y sensibilización de la FGS en Nigeria, trabajando tanto con jóvenes como adultos, como personal médico a través de diversas metodologías educativas.

Entre sus misiones están las siguientes:

- Eliminar la FGS y las enfermedades infecciosas y cánceres relacionados en Nigeria y en todo el mundo
- Colaborar con las partes interesadas en Nigeria y en todo el mundo.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios y al público en general sobre la FGS.
- Llevar a cabo investigaciones sobre la FGS y las enfermedades relacionadas en Nigeria y fuera de Nigeria.
- Buscar activamente casos de FGS en Nigeria.
- Tratar los casos de FGS utilizando el programa de tratamiento con praziquantel existente en Nigeria.
- Registrar los casos de FGS en una base de datos.
- Gestionar los casos de FGS bajo el mismo techo que el VIH y el cáncer de cuello de útero en la comunidad.
- Conmemorar anualmente el Día Mundial de las ETD en Nigeria, prestando especial atención a la FGS.
- Desarrollar un plan de estudios sobre la FGS para su uso en las escuelas de profesionales sanitarios.

Página web: <https://fgssofnigeria.com.ng/home/index>

Problemática principal: Esquistosomiasis genital femenina y enfermedades tropicales desatendidas por medio de concienciaciones educativas

Ubicación de la sede: EJIMUZ PLAZA, PLOT 9, Room 27 HAMZA ABDULLAHI ROAD, BESIDE PREMIER HOTEL, KUBWA, FCT, ABUJA

Zonas de alcance: 36 estados de Nigeria

Contacto: fgssocietyofnigeria@gmail.com

2. THE CARTER CENTER - NIGERIA

Descripción general de la asociación:

Organización estadounidense que trabaja en Nigeria para combatir la esquistosomiasis mediante campañas masivas de administración de praziquantel, educación comunitaria sobre prevención, fortalecimiento del sistema de salud local, investigación epidemiológica y colaboración con socios nacionales e internacionales. Su enfoque integral incluye mejorar el acceso a agua potable y saneamiento, capacitar a trabajadores de salud y monitorear el impacto de sus intervenciones. Los tratamientos con praziquantel se llevan a cabo a través de donaciones (el medicamento es donado por Merck KGaA - alemán). El Centro Carter, a través de una asociación con las autoridades sanitarias de estos estados nigerianos, ha sido capaz de integrar el tratamiento de la esquistosomiasis en otras ETD. Estos esfuerzos parecen estar dando algunos resultados, especialmente en los estados de Delta y Plateau, que registraron una reducción de la prevalencia media de la esquistosomiasis.

Página

<https://www.cartercenter.org/health/schistosomiasis/index.html#:~:text=The%20Carter%20Center%20undertakes%20one,this%20preventable%20but%20devastating%20disease.>

web:

Problemática principal: Administración de praziquantel mediante administración masiva de fármacos exclusivamente a niños en las escuelas. Colaboración con el ministerio de salud de Nigeria, Educación y concienciación comunitaria.

Ubicación de la sede: No tienen sede concreta en Nigeria, su sede está en Atlanta, Estados Unidos.			
Zonas de alcance: Estados de: Abia, Anambra, Delta, Ebonyi, Edo, Enugu, Imo, Nasarawa y Plateau.			
Contacto: info@cartercenter.org			
Responsable	de	proyectos	esquistosomiasis: Greg Noland
https://www.cartercenter.org/about/experts/greg_noland.html			

3. HEALTH AND DEVELOPMENT SUPPORT PROGRAMME (HANDS)

Descripción general de la asociación:
Health and Development Support Programme (HANDS) es una organización no gubernamental local de Nigeria que se dedica a mejorar la salud y el bienestar de las comunidades vulnerables, especialmente en áreas rurales. Fundada con el objetivo de abordar enfermedades desatendidas y otros problemas de salud pública, HANDS trabaja en colaboración con organismos internacionales y locales para implementar programas de prevención y tratamiento de enfermedades como la esquistosomiasis, la oncocercosis y la filariasis linfática. La organización también se involucra en proyectos de mejora de la infraestructura sanitaria, educación en salud y fortalecimiento de capacidades comunitarias. HANDS está implementando varios proyectos en Nigeria para combatir la esquistosomiasis. Trabaja centrando sus esfuerzos en la distribución de medicamentos preventivos a través de Distribuidores Comunitarios Dirigidos, que son capacitados localmente. Además, la organización realiza actividades de sensibilización sobre prácticas sanitarias y de prevención, mientras fortalece los sistemas de salud locales mediante la capacitación de personal y la mejora de infraestructuras de agua y saneamiento.
Página web: https://handsnigeria.org/
Problemática principal: Administración de praziquantel a comunidades rurales, Educación y concienciación comunitaria sobre la enfermedad, Formación de Distribuidores Comunitarios Dirigidos.
Zonas de alcance: cuatro estados apoyados por HANDS: Kano, Jigawa, Yobe y FCT
Ubicación de la sede: 5A Naomi Jugu Drive, Rayfield, Jos, Estado de Plateau, Nigeria, África Occidental.
Contacto: info@handsnigeria.org safeguarding@handsnigeria.org

4. NIGERIAN INSTITUTE OF MEDICAL RESEARCH

Descripción general del centro:
El Instituto Nigeriano de Investigación Médica es un punto de referencia en investigación básica, aplicada y operativa para promover la salud nacional y el desarrollo en Nigeria. También desempeña un papel vital en el desarrollo de estructuras viables para la difusión de los resultados de la investigación y proporciona el entorno y las instalaciones propicias para la investigación y la formación sanitarias en colaboración con el Ministerio de Sanidad y las universidades, y el sector privado organizado a nivel nacional e internacional.

Es el Instituto de Investigación Médica más importante del país, llevando a cabo investigaciones médicas de importancia para la salud pública en Nigeria para el desarrollo nacional, además de la colaboración con varias instituciones nacionales e internacionales para facilitar un entorno propicio para la investigación médica.

Objetivos:

- Identificar el estado actual de las ETD en Nigeria, averiguando lo que se ha hecho y lo que queda por hacer, así como las áreas de investigación en las que puede influir.
- Buscar agencias de financiación para subvenciones sobre ETD a través de las páginas web de dichas organizaciones, así como posibles fuentes de financiación dentro de Nigeria.
- Colaboración con el Ministerio de Sanidad (Dr. Nebe) y reapertura de conversaciones sobre la vigilancia de la oncocercosis en África Occidental.
- Desarrollar la capacidad de investigación sobre las ETD en los miembros del grupo

Página web: <https://nimr.gov.ng/>

Problemática principal: Instituto de investigación nacional de Nigeria sobre las enfermedades tropicales desatendidas. Investigación, búsqueda de financiación y relación con asociaciones locales e internacionales.

Zonas con presencia: Abuja, Maiduguri (Borno), Kainji (Niger), Asaba (Delta)

Ubicación: Nigerian Institute of Medical Research 6, Edmund Crescent off Murtala Mohammed Way, P.M.B. 2013 Yaba, Lagos, Nigeria.

Contacto: info@nimr.gov.ng

5. ACT TO END NTDS EAST

Descripción general de la asociación:

El programa Act NTD (Neglected Tropical Diseases) East de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para acabar con las enfermedades tropicales desatendidas ayuda a los países a alcanzar sus objetivos de control y eliminación de las ETD. Act NTD East utiliza intervenciones de salud pública para apoyar la:

- Eliminación de la filariasis linfática y el tracoma, y de la oncocercosis cuando sea factible;
- El fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud para prestar servicios relacionados con las ETD,
- Creación de plataformas nacionales sostenibles para el control y la vigilancia de la enfermedad.

RTI International lidera Act NTD East con un consorcio de socios que incluye al Centro Carter, la Fundación Fred Hollows, Light for the World, Results for Development, Save the Children, Sightsavers y WI-HER.

Desde 2013, USAID ha apoyado al ministerio de salud de Nigeria para alcanzar sus objetivos en materia de ETD, centrándose en la ampliación del tratamiento masivo, las encuestas para evaluar el impacto y ayudando a fortalecer la plataforma integrada de Nigeria para las intervenciones en materia de ETD. Como resultado, Nigeria está al alcance de los objetivos de eliminación de la FL, el tracoma y la oncocercosis.

En Nigeria, las actividades del Programa Act NTD East son ejecutadas por RTI International y el Centro Carter.

A nivel federal, Act NTD East proporciona apoyo en varios aspectos de la gestión de programas de ETD, incluida la coordinación, la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación, la elaboración de informes y la gestión de datos

Página web: <https://www.acteast.org/where-we-work/nigeria>

Problemática principal: Tratamiento masivo con praziquantel, coordinación y planificación estratégica junto con el gobierno de Nigeria, elaboración de informes y colaboración con diferentes asociaciones internacionales.

Zonas de alcance: El programa apoya los esfuerzos contra las ETD en los estados de Abia, Akwa Ibom, Cross River, Delta, Ebonyi, Edo, Enugu, Imo, Nasarawa, Níger, Katsina y Plateau,

Persona encargada de los proyectos en Nigeria: Wangeci Thuo

Contacto: ActEast@rti.org

6. SIGHTSAVERS - NIGERIA

Descripción general de la asociación:

Sightsavers trabaja en Nigeria para combatir las enfermedades tropicales desatendidas, incluida la esquistosomiasis. Sus esfuerzos se centran en programas de administración masiva de fármacos, en los que distribuyen medicamentos como el praziquantel a las comunidades para tratar la esquistosomiasis y otras ETD. Además de la MDA, Sightsavers promueve la mejora de las prácticas de saneamiento e higiene para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades. Colaboran con las autoridades sanitarias locales para concienciar sobre estas enfermedades y formar a los trabajadores sanitarios y a los voluntarios de la comunidad para que lleven a cabo eficazmente las labores de tratamiento y prevención.

Una de sus estrategias clave es abordar las causas profundas de las ETD mejorando el acceso al agua potable y las infraestructuras de saneamiento, que son fundamentales para prevenir la propagación de la esquistosomiasis. Sightsavers también presta apoyo para la identificación y el tratamiento de las personas afectadas por estas enfermedades, que pueden provocar discapacidad a largo plazo o ceguera si no se tratan.

Página Web: <https://www.sightsavers.org/where-we-work/nigeria/>

Problemática principal: Tratamiento masivo de praziquantel, proyectos de saneamiento (WASH), Formación comunitaria, búsqueda de financiación, salud reproductiva, empoderamiento económico

Zonas de alcance: Sightsavers opera en numerosas regiones, habiéndose centrado inicialmente en cinco estados del norte de Nigeria (Kaduna, Kano, Katsina, Níger y Zamfara). Recientemente, sus esfuerzos se han ampliado a otros estados, como Adamawa y Borno. Actualmente operan en 13 estados.

Ubicación: Bumpers Way, Bumpers Farm Chippenham, SN14 6NG

Contacto: info@sightsavers.org

7. AFRICA CENTRE OF EXCELLENCE FOR NEGLECTED TROPICAL DISEASES AND FORENSIC BIOTECHNOLOGY (ACENTDFB)

Descripción general del centro:

El Centro Africano de Excelencia para Enfermedades Tropicales Desatendidas y Biotecnología Forense se creó en colaboración con el Banco Mundial para impulsar la investigación molecular y las innovaciones en:

- Nuevas herramientas estandarizadas de diagnóstico molecular para la caracterización de estos parásitos en sus hábitats naturales, que se utilizarían para cartografiar la carga y distribución de los patógenos en la región.
- Desarrollo y mantenimiento de repositorios de muestras y cepas de patógenos.
- Desarrollar una instalación de desarrollo de vacunas para enfoques innovadores de vacunación en animales de relevancia económica y muchos más

Objetivos:

- Desarrollo del plan de estudios de postgrado y creación de programas de maestría y doctorado en biotecnología, con especial atención a las necesidades regionales.
- Provisión de mano de obra cualificada en diagnóstico, gestión y prevención de enfermedades tropicales desatendidas.
- Suministro de datos de referencia sobre la situación epidemiológica de las enfermedades tropicales desatendidas prevalentes en la región estudiada.
- Desarrollo y producción de vacunas para la prevención de enfermedades tropicales desatendidas.
- Formación de mano de obra en el área general de las técnicas de biotecnología molecular y ciencia forense para la resolución de problemas relacionados.
- Establecimiento de un servicio y un canal para las agencias de seguridad y la sociedad en la resolución de problemas de seguridad, legales, de paternidad y otros relacionados.

Página web: <https://acentdfb.abu.edu.ng/index.php>

Problemática principal: Investigación sobre enfermedades tropicales desatendidas, formación profesional en el diagnóstico, gestión y prevención de ETDs, suministro de datos sobre la enfermedad en las regiones del país, desarrollo de vacunas.

Zonas de alcance: Estados del Norte y Centro de Nigeria

Ubicación: Facultad Samaru, Ahmadu Bello University, Kaduna, Nigeria

Contacto: info@acentdfb.abu.edu.ng acentdfb@gmail.com

8. EHA CLINICS

Descripción general del centro:

EHA Clinics es un proveedor privado de asistencia sanitaria en Nigeria, centrado en la mejora de la salud pública a través de servicios especializados y de divulgación comunitaria. Una de sus principales prioridades es hacer frente a la carga que suponen las enfermedades tropicales desatendidas, frecuentes en el país. Las Clínicas EHA colaboran con socios locales e internacionales para mejorar el alcance y la eficacia de los programas de tratamiento de estas enfermedades, ofreciendo quimioterapia preventiva y campañas educativas.

Las clínicas ofrecen administración masiva de medicamentos para tratar y prevenir la propagación de las a menudo en colaboración con el Ministerio de Sanidad nigeriano y

organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al dirigirse a las comunidades de riesgo, las Clínicas EHA ayudan a reducir la morbilidad y las complicaciones asociadas a estas enfermedades. Además, se centran en concienciar sobre la importancia del saneamiento y la higiene, cruciales para prevenir la transmisión de enfermedades como la esquistosomiasis y la anquilostomiasis.

Página web: <https://www.eha.ng/>

Problemática principal: Atención primaria asequible, que incluye consultas, vacunaciones, servicios de salud materno-infantil y atención de urgencia; Programas de administración masiva de medicamentos; Educación de las poblaciones locales en materia de saneamiento, higiene y prevención de enfermedades; Servicios especializados, como diagnósticos de laboratorio, servicios quirúrgicos y tratamiento de enfermedades crónicas.

Zonas de presencia de clínicas: Abuja, Kano, Lagos

Contacto: info@cha.ng

9. NATIONAL PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT AGENCY (NHDF)

Descripción general del centro:

La Nigeria Health and Development Foundation (NHDF) participa en el contexto de las enfermedades tropicales desatendidas. Su trabajo incluye la colaboración con otras organizaciones sanitarias y de desarrollo para proporcionar investigación, recopilación de datos e intervenciones destinadas a controlar y eliminar la esquistosomiasis. Se centran en las comunidades marginadas, incluidas las zonas rurales. Se centran en la educación sanitaria pública, concienciando sobre la enfermedad y su prevención, sobre todo en zonas donde la falta de saneamiento del agua contribuye en gran medida a su propagación. La NHDF también participa en campañas de administración masiva de medicamentos, distribuyendo praziquantel para tratar a las poblaciones afectadas. Además, apoya iniciativas de investigación para vigilar la prevalencia de la esquistosomiasis e identificar las comunidades de riesgo, garantizando que las intervenciones sean específicas y eficaces. Sus esfuerzos se alinean con programas sanitarios más amplios destinados a combatir las enfermedades tropicales desatendidas, a menudo en colaboración con organizaciones gubernamentales e internacionales.

Página web: <https://nphcda.gov.ng/>

Problemática principal: Distribución masiva de praziquantel, educación en salud, investigación en la prevalencia de la esquistosomiasis, alineación con programas de organizaciones internacionales.

Zonas de alcance: 36 estados de Nigeria

Ubicación: Plot 681 /682 Port Harcourt Crescent, Off Gimbiya Street, Area 11, Garki, Abuja.

Contacto: info@nphcda.gov.ng

10. CHILDREN INVESTMENT FUND FOUNDATION (CIFF)

Descripción general de la asociación:

La Children's Investment Fund Foundation (CIFF) ha apoyado una cartografía epidemiológica exhaustiva de la esquistosomiasis y los helmintos transmitidos por el suelo en 19 estados nigerianos y el territorio de la Capital Federal. Esta iniciativa se llevó a cabo entre 2013 y 2015 y proporcionó datos cruciales para la distribución selectiva de tratamientos e intervenciones. La CIFF mantiene una fuerte presencia en Nigeria, donde se ha centrado en iniciativas relacionadas con la salud infantil, la nutrición, la educación y la sostenibilidad ambiental. El

trabajo de CIFF en Nigeria apoya intervenciones críticas de salud pública, incluyendo programas de desparasitación.

Página web: <https://ciff.org/regions/africa/>

Problemática principal: refuerzo y apoyo económico en la investigación contra enfermedades tropicales desatendidas, derechos reproductivos, programas de igualdad de género, apoyo de intervenciones públicas, colaboración con socios locales e internacionales.

Zonas de alcance: No especificadas

Ubicación: 7 Clifford Street London, W1S 2FT United Kingdom

Contacto: info@ciff.org

11. ONE HEALTH DEVELOPMENT INITIATIVE (OHDI)

Descripción general de la organización:

Organización no gubernamental dedicada a promover y fomentar la educación, la colaboración, la defensa, la investigación y las intervenciones en materia de salud humana, animal y de los ecosistemas en el marco *One-health* de la OMS. Creencia de que los problemas de salud pública están entrelazados en los ecosistemas humano, animal y medioambiental, por lo que requieren un enfoque holístico para encontrar soluciones eficaces y sostenibles. La organización tiene un proyecto con el nombre de *SCHISTO* el cual utiliza el enfoque *One-health* para investigar la prevalencia de la esquistosomiasis en el suroeste de Nigeria, abordando la salud ambiental, la sanidad animal y los factores de riesgo socioculturales. El proyecto no solo busca comprender los factores epidemiológicos, sino también involucrar a las comunidades afectadas mediante campañas educativas que promuevan la adopción de medidas preventivas, el tratamiento oportuno y la gestión adecuada del agua. Además, OHDI fomenta la colaboración entre múltiples sectores, incluyendo instituciones de salud pública, organizaciones de investigación, y responsables políticos.

Página Web: <https://onehealthdev.org/>

Problemática principal: Investigación sobre la esquistosomiasis y las enfermedades tropicales desatendidas, realización de campañas educativas con las comunidades afectadas en relación con el tratamiento y gestión adecuados del agua, impulso a colaboración entre instituciones y organizaciones locales.

Zonas de alcance: Estados del Suroeste de Nigeria: Lagos, Ogun, Osun, Oyo, Ondo, Ekiti.

Ubicación: Dirección principal: 5, Stephen Orosanye Street, Gwarinpa, 900108, Abuja FCT, Nigeria. Dirección secundaria: 9th floor, Cocoa House, Dugbe, Ibadan Oyo State, Nigeria

Contacto: info@onehealthdev.org

12. SLUM AND RURAL HEALTH INITIATIVE NIGERIA (SRHIN)

Descripción general de la organización:

Slum and Rural Health Initiative Nigeria (SRHIN) es una organización sin ánimo de lucro que comenzó a operar en 2017 y está registrada oficialmente en Nigeria, Etiopía y Gambia, que mejora el acceso a la información y los servicios sanitarios en África, especialmente en las comunidades vulnerables y desatendidas, utilizando las herramientas de promoción, investigación y tecnología. Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, científicos sociales expertos en tecnología de la información, investigadores, diseñadores gráficos y emprendedores sociales trabajan por cambiar la narrativa de la información y la prestación de

servicios de salud en Nigeria. *(No tratan directamente con la esquistosomiasis, pero sí con otras enfermedades tropicales desatendidas como el tracoma y la malaria en comunidades rurales de Nigeria.)*

Página Web: <https://srhin.org/>

Problemática principal: Acceso a la información y servicios sanitarios en comunidades vulnerables, Investigación.

Zonas de alcance: 29 estados de Nigeria (en las fuentes de información no se mencionan todos)

- Estados del norte: Kano, Kaduna, Katsina, Borno, Sokoto, Bauchi, y Jigawa, entre otros.
- Estados del sur: Lagos, Oyo, Edo, Rivers, y Delta.
- Territorio de la Capital Federal (Abuja): Incluyendo comunidades rurales periféricas.

Ubicación:

- Oficina principal: 18, Alegongo Zone 7, Akobo, Ibadan, Nigeria
- Oficina en Ibadan: Number 11b, Abiodun Akerele Street, Old Bodija, Ibadan
- Oficina del Norte (Abuja):No. 1, G-Close, 23rd Crescent, Efab City Estate Life-Camp, Abuja. Nigeria

Contacto: hello@srhin.org

13. UNIVERSITY COLLEGE HOSPITAL OF IBADAN

Descripción general del centro:

El University College Hospital (UCH) de Ibadan es un centro médico público en Nigeria, destacado por su atención integral, formación y colaboración en la lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas. Ofrece tratamiento especializado para patologías como la filariasis, esquistosomiasis y oncocercosis, complementado con programas comunitarios y estrategias de prevención en áreas marginadas. En el ámbito de la investigación, el UCH trabaja en el desarrollo de vacunas y terapias innovadoras, en colaboración con organismos internacionales como la OMS y universidades. Además, el hospital es un centro de formación líder en medicina tropical y personal de salud, con una destacada participación en publicaciones científicas y ensayos clínicos que contribuyen al avance global en este campo.

Especial interés en varios departamentos del centro:

- Medical Social Services: El Departamento de Servicios Sociales Médicos es un departamento clínico que comparte el mandato del hospital en sus 3 (tres) funciones: servicios directos al paciente, formación e investigación.
- Public Private partnership: Reconocimiento de las deficiencias y el deterioro de las infraestructuras existentes en el sector sanitario para subsanar estas deficiencias y mejorar la calidad general de los servicios sanitarios prestados por el hospital.
- Medical microbiology and parasitology: Servicios de diagnóstico para la gestión de enfermedades infecciosas dentro y fuera del hospital.
- Hospital Services: Como parte de su función, el Departamento de Servicios Hospitalarios se encarga de todos los asuntos relacionados con los pacientes, es decir, la concesión de exenciones, exenciones, costes protegidos de tratamiento a los pacientes que puedan necesitar solicitar la ayuda de filántropos, acuerdos de retención con particulares/organizaciones corporativas.

Página Web: <https://uch-ibadan.org.ng/>

Problemática principal: Atención sanitaria directa a individuos afectados por las enfermedades tropicales desatendidas, investigación, docencia por parte de la Universidad de Ibadan, colaboración con el gobierno de Nigeria.

Zonas de alcance: Estado de Oyo

Ubicación: Queen Elizabeth Road, Ibadan, Oyo State.

Contacto: cmd@uch-ibadan.org.ng

Responsables de los departamentos:

- Medical Social Services: Mrs. Umar Temilola
- Public Private Partnership: Mr. Albert Adebayo
- Medical microbiology and parasitology: Prof. A. O Kehinde
- Hospital Services: Mr. D.O. Oladele

14. LAGOS UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL

Descripción general del centro

El Hospital Universitario de Lagos es una de las principales instituciones sanitarias terciarias del país. Participa activamente en el tratamiento y la investigación de enfermedades tropicales desatendidas y otros problemas sanitarios de Nigeria. Sirve de centro de formación médica avanzada, prestación de asistencia sanitaria e investigación científica, incluidas asociaciones con instituciones mundiales para abordar problemas sanitarios como la filariasis linfática, la malaria y la tuberculosis. Además desempeña un papel clave en iniciativas sanitarias comunitarias y programas de divulgación para ampliar el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones desfavorecidas.

Especial interés en varios departamentos del centro:

- Department of Community Health and Primary Care
- Department of Medical Microbiology and Parasitology

Página Web: <https://luth.gov.ng/>

Problemática principal: Atención sanitaria directa a individuos afectados por las enfermedades tropicales desatendidas, investigación, docencia por parte de la Universidad de Ibadan, colaboración con el gobierno de Nigeria.

Zonas de alcance: Estado de Lagos

Ubicación: Ishaga Rd, Idi-Araba, Lagos

Contacto: info@luth.gov.ng

- Department of Community Health and Primary Care: commhealth@luth.gov.ng
- Department of Medical Microbiology and Parasitology: microparasitology@luth.gov.ng

15. FEDERAL MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE

Descripción general del centro

El Ministerio Federal de Salud y Bienestar Social de Nigeria es la entidad gubernamental encargada de formular políticas, coordinar programas y supervisar la implementación de

servicios de salud pública en el país. Su misión principal es garantizar el acceso equitativo a atención sanitaria de calidad, promover el bienestar social y enfrentar desafíos críticos de salud pública, como las enfermedades tropicales desatendidas. Este ministerio actúa como el eje central en la colaboración con organizaciones internacionales, ONG y comunidades locales para abordar problemas de salud en regiones rurales y marginadas. Ha implementado diversas estrategias para abordar la esquistosomiasis. Entre las principales iniciativas está el tratamiento masivo con medicamentos antiparasitarios, especialmente el uso de prazicuantel, que se distribuye de manera gratuita en campañas periódicas dirigidas particularmente a escolares y comunidades cercanas a cuerpos de agua contaminados. También promueve proyectos de educación sanitaria y la mejora del acceso a agua potable y saneamiento básico mediante la construcción de pozos, sistemas de filtración y letrinas en comunidades vulnerables. Por último, el ministerio fomenta la vigilancia epidemiológica y la investigación para identificar zonas de alta transmisión, priorizar recursos y monitorear el impacto de las intervenciones.

Página Web: <https://www.health.gov.ng/>

Problemática principal: Eje central en la colaboración con entidades internacionales; tratamiento masivo de medicamentos (prazicuantel); proyectos de educación sanitaria; proyectos de mejora del saneamiento y el acceso al agua potable; vigilancia e investigación.

Zonas de alcance: 36 Estados de Nigeria

Ubicación: Federal Secretariat Complex, Phase III, Shehu Shagari Way, Central Business District, FCT Abuja, Nigeria.

Contacto: info@health.gov.ng

ANEXO 3. Email enviado a las asociaciones para la invitación a la participación, se presenta en los dos idiomas, castellano e inglés.

Asunto: Invitación a la participación en un proyecto de investigación

Buenos días/tardes, Mi nombre es Haizea Prados y pertenezco al alumnado del programa de máster del Instituto Hegoa de Estudios del Desarrollo y Cooperación Internacional. Le contacto a través de este correo para solicitar su participación en la siguiente investigación: *La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: Interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis*. Un estudio del cual el objetivo principal es explorar la realidad de mujeres y hombres afectados por la esquistosomiasis en comunidades rurales de Nigeria, para determinar si existen diferencias en las consecuencias sociales, económicas y culturales asociadas a la enfermedad. La finalidad de la investigación es contribuir al diseño de estrategias y políticas de intervención que reduzcan el impacto de la enfermedad, mientras promueven la equidad de género y el fortalecimiento y transformación social en estas comunidades. Sin embargo, soy consciente de que para comprender realmente esta problemática no basta con una aproximación teórica o basada únicamente en fuentes secundarias, sino que, para que tenga un impacto real y aporte conocimiento útil, considero fundamental contar con la participación de actores que trabajan directamente con las comunidades afectadas.

Por ello, me gustaría solicitar su colaboración en este proceso. No solo para conocer su perspectiva sobre la enfermedad y sus consecuencias, sino también para ayudar a definir mejor los objetivos de la investigación y asegurar que refleje con precisión las necesidades reales de la población nigeriana en este contexto.

Es en este esfuerzo que les solicito que, si fuera posible, me gustaría realizar una entrevista online con alguna persona de su organización que pueda compartir su experiencia y conocimientos sobre la esquistosomiasis en Nigeria conmigo. En caso de que no pudieran participar directamente, les agradecería enormemente cualquier orientación sobre otras organizaciones, asociaciones, centros de investigación o entidades gubernamentales que trabajen con la enfermedad en terreno y que pudieran estar interesadas en colaborar.

Aprecio mucho su tiempo y disposición, y quedo atenta a su respuesta tanto por si les interesa participar en el proyecto como si no. Cualquier comentario o sugerencia será bienvenido, ya que mi intención es construir esta investigación de manera colaborativa.

Muchas gracias de antemano por su atención. Un cordial saludo, Haizea Prados.

Good morning/afternoon,

My name is Haizea Prados, and I am a master's student at the Hegoa Institute for Development and International Cooperation Studies. I am reaching out to you via this email to request your participation in the following research project: Rural Women and Neglected Tropical Diseases in Nigeria: Intersectionality of Vulnerabilities Through a Pilot Study on Schistosomiasis.

The primary objective of this study is to explore the realities of women and men affected by schistosomiasis in rural communities in Nigeria, with the aim of identifying potential differences in the social, economic, and cultural consequences of the disease. The ultimate goal of this research is to contribute to the design of intervention strategies and policies that mitigate the impact of the disease while promoting gender equity, social empowerment, and transformation within these communities.

However, I am fully aware that understanding this issue cannot be achieved solely through a theoretical approach or secondary sources. For this research to generate meaningful impact and contribute valuable knowledge, I strongly believe it is essential to involve key stakeholders who work directly with the affected communities.

For this reason, I would like to request your collaboration in this process not only to gain insights into your perspective on the disease and its consequences but also to refine the research objectives and ensure they accurately reflect the real needs of the Nigerian population in this context.

In this regard, I would greatly appreciate the opportunity to conduct an online interview with a representative from your organization who can share their expertise and experience regarding schistosomiasis in Nigeria. If direct participation is not possible, I would be immensely grateful for any guidance on other organizations, associations, research centers, or governmental entities working on the disease in the field and who might be interested in collaborating.

I truly appreciate your time and consideration and look forward to your response, whether you are interested in participating or not. Any comments or suggestions would be highly valuable, as my intention is to develop this research in a collaborative manner. You can contact me through this email direction:

Thank you in advance for your attention. Best regards, Haizea Prados.

ANEXO 4. Tabla descriptiva de los participantes de las entrevistas y detalles de las mismas

ENTIDAD	SIGLAS	CRITERIO DE SELECCIÓN	FECHA	DURACIÓN	GRUPO
Sightsavers Nigeria	SN	Investigador/a	29/04/2025	1:02:33	1
Federal Ministry of Health and Social Welfare	FMHSW-1	Responsable de programas de seguimiento de enfermedades	30/04/2025	1:01:03	3
One Health Development Initiative	OHDI	Dirección de programas	01/05/2025	1:11:15	1
FGS Society Nigeria	FGSSN	Médico especialista en medicina en salud pública	01/05/2025	1:22:39	1
Federal Ministry of Health and Social Welfare	FMHSW-2	Coordinador de investigación en Nigeria	01/05/2025	1:25:22	3
The Carter Center Nigeria	TCCN	Dirección de programas Sur-Este	15/05/2025	1:05:00	1
ACENTDFB	ACENTDFB-1	Profesor universitario	16/05/2025	1:56:44	2
ACENTDFB	ACENTDFB-2	Profesor universitario	23/06/2025	1:11:45	2
ACENTDFB	ACENTDFB-3	Científico de laboratorio médico	26/06/2025	01:04:02	2

ANEXO 5. Documento de Consentimiento Informado (DCI) para las entrevistas semiestructuradas, se presenta en los dos idiomas, castellano e inglés.

Proyecto de investigación: La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: Interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis.

Investigadora: Haizea Prados, estudiante del Mater de Desarrollo y Cooperación (UPV/EHU)

Contacto: Teléfono: +34 687249019; Correo: hprados002@ikasle.ehu.eus

Como estudiante del Mater de Desarrollo y Cooperación (UPV/EHU), estoy llevando a cabo un proyecto de investigación para mi TFM cuyo objetivo general es el análisis de la experiencia de mujeres y hombres afectados por la esquistosomiasis en comunidades rurales de Nigeria, con el fin de identificar diferencias en las consecuencias sociales, económicas y culturales de la enfermedad, así como en las dinámicas estructurales que contribuyen a su invisibilización

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Identificar desde una perspectiva decolonial, cómo los contextos culturales, geográficos y ambientales influyen en la vulnerabilidad de las comunidades frente a la esquistosomiasis
- Analizar las diferencias de género en las normas culturales, acceso sanitario y repercusiones socioeconómicas de la enfermedad.
- Explorar la percepción de los organismos locales e internacionales sobre la efectividad de los modelos actuales de intervención frente a la esquistosomiasis.

Para ello, te invito a participar en una entrevista que estará dividida en 6 bloques temáticos y consta de un total de 20 preguntas. Tendrá una duración aproximada de entre 60 y 120 minutos, dependiendo del tiempo que nos puedas dedicar y la profundidad con la que desees responder. La entrevista se realizará de manera online con el IP Haizea Prados como entrevistadora en el horario que más le convenga a la persona entrevistada. La participación es totalmente voluntaria, y tus respuestas serán tratadas de forma confidencial y utilizadas únicamente con fines académicos y con posibles proyectos futuros relacionados con esta misma temática.

La/el

abajo

firmante,

....., doy mi **CONSENTIMIENTO** para participar en la investigación “**La mujer rural y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: Interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis**”, realizado por Haizea Prados, estudiante del máster en Desarrollo y Cooperación Internacional (Hegoa) de la UPV/EHU, tras haber sido informada/o por escrito de los objetivos del proyecto y haber podido solicitar cuanta información complementaria fuera necesaria. La tutora de este trabajo de fin de máster de Hegoa es Amaia Izaola Argüeso del departamento de sociología y trabajo social de la Universidad del País Vasco cuyo email es: amaia.izaola@ehu.eus

Este consentimiento consiste en mi disposición para participar en una entrevista que se realizará el día y a la hora convenida por la persona a través de una videollamada.

Este proyecto ha recibido el Vº Bº del Comité de Ética en investigación con seres humanos (CEISH) de la UPV/EHU

INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento UE 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos

que sus datos pasan a formar parte de un fichero responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes extremos:

Código del tratamiento	TI0740
Nombre del Tratamiento	Enfermedades Tropicales Desatendidas en Nigeria y su impacto diferencial en mujeres
Responsable del tratamiento de datos Identidad: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B. Dirección Postal: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Página web: www.ehu.es Datos de Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpd@ehu.es	
Finalidad del tratamiento de datos Explorar la realidad de mujeres y hombres afectados por la esquistosomiasis en comunidades rurales de Nigeria, para determinar si existen diferencias de género en las consecuencias sociales, económicas y culturales asociadas a la enfermedad. Con el objetivo de alcanzar un conocimiento crítico para tratar de diseñar intervenciones tanto sociales como de la salud pública que sean culturalmente sensibles, promuevan la equidad de género y ofrezcan soluciones integrales que respondan tanto a las necesidades de tratamiento como a las condiciones sociales subyacentes que perpetúan la vulnerabilidad.	
Periodo de conservación de los datos: Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.	
Legitimación del tratamiento de datos	- Consentimiento de las personas interesadas
Destinatarios de cesiones y transferencias internacionales de datos	No se cederán datos salvo previsión legal No se efectuarán transferencias internacionales
Datos de carácter personal del tratamiento Datos de características personales: Género, Región específica en la que trabajan, Función dentro de la asociación/centro sanitario, Conexión personal o profesional con las comunidades afectadas, Tiempo de experiencia trabajando con enfermedades tropicales desatendidas. Datos de circunstancias sociales: Normas sociales y roles de género en las comunidades rurales, Barreras de género a los servicios sanitarios, Creencias y costumbres locales sobre la salud, Impacto social y económico de la esquistosomiasis en las comunidades. Riesgos asociados a la participación Las molestias que pueda causar el tiempo de dedicación a la entrevista, así como la intromisión en la intimidad debido a la grabación de voz.	
Derechos: Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la UPV/EHU estamos tratando datos personales que les conciernan, o no. Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos	

inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos. En determinadas circunstancias, las personas interesadas podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

Especialmente, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones. Derecho a retirarse en cualquier momento. Derecho a la revocación de los datos ya que puede retirarse de la investigación cuando quiera sin consecuencias personales en cualquier momento de la necesidad de dar explicaciones. Para ello debe contactar con Haizea Prados y con la siguiente dirección de email: hprados002@ikasle.ehu.eus

Para el ejercicio de los derechos que le asisten dispone de formularios en el sitio web: www.ehu.eus/babestu Asimismo, dispone de información de la Agencia Vasca de Protección de Datos en el sitio web: <http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>
<http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es>

Información adicional: Disponible en <http://www.ehu.eus/babestu>

Marcar por favor la casilla que corresponda:

Doy mi consentimiento para que la entrevista sea grabada en formato de audio (marcar la casilla que corresponda)	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Identificación y firma de la persona que informa:

Consentimiento y firma de la persona que participa:

Research project: Rural Women and Neglected Tropical Diseases in Nigeria: Intersectionality of Vulnerabilities Through a Pilot Study on Schistosomiasis

Researcher: Haizea Prados, Student of the Master's in Development and Cooperation (UPV/EHU)

Contact: Phone number: +34 687249019; Mail: hprados002@ikasle.ehu.eus

As a student of the Master's in Development and Cooperation (UPV/EHU), I am conducting a research project for my Master's Thesis (TFM). The general objective is to analyze the experiences of women and men affected by schistosomiasis in rural communities in Nigeria, with the aim of identifying differences in the social, economic and cultural consequences of the disease, as well as in the structural dynamics that contribute to its invisibility.

The specific objectives of the study are:

- To identify from a decolonial perspective, how cultural, geographical, and environmental contexts influence the vulnerability of communities to schistosomiasis.
- To analyze gender differences in cultural norms, healthcare access, and the socioeconomic impacts of the disease.

- To explore the perception of local and international organizations regarding the effectiveness of current intervention models against schistosomiasis.

For this purpose, I invite you to participate in an interview that will be divided into 6 thematic sections and will last approximately 60 to 120 minutes, depending on the time you can dedicate and the depth of your responses.

The interview will be conducted online by Haizea Prados as the interviewer, at a time that is most convenient for the interviewee. Participation is completely voluntary, and your responses will be treated confidentially and used solely for academic purposes and potential future projects related to this topic.

The _____, undersigned,

....., **GIVE MY CONSENT** to participate in the research project "**Rural Women and Neglected Tropical Diseases in Nigeria: Intersectionality of Vulnerabilities Through a Pilot Study on Schistosomiasis**", conducted by **Haizea Prados**, a student of the **Master's in Development and International Cooperation (Hegoa)** at UPV/EHU, after having been informed in writing about the project's objectives and having had the opportunity to request any additional information needed.

The supervisor of this Master's Thesis at Hegoa is Amaia Izaola Argüeso, from the Department of Sociology and Social Work at the University of the Basque Country (UPV/EHU), whose email is: amaia.izaola@ehu.eus.

By signing this document, I agree to participate in an interview, which will be conducted via video call at a mutually agreed date and time.

This project has received approval from the **Ethics Committee for Research Involving Human Beings (CEISH) of UPV/EHU**.

FULL INFORMATION ON THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

In accordance with the provisions of Article 13 of Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and Council of April 27, regarding the protection of natural persons with respect to the processing of personal data and the free movement of such data, we inform you that your data will be included in a file under the responsibility of UPV/EHU, as well as the following details:

Processing Code	TI0740
Name of Processing	Neglected Tropical Diseases in Nigeria and Their Differential Impact on Women
Data Controller Identity: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B. Postal address: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Website: www.ehu.eus Contact Details of the Data Protection Officer: dpd@ehu.eus	

Purpose of Data Processing: To explore the reality of women and men affected by schistosomiasis in rural communities in Nigeria, in order to determine if there are gender differences in the social, economic, and cultural consequences associated with the disease. The goal is to achieve critical knowledge to help design both social and public health interventions that are culturally sensitive, promote gender equity, and provide comprehensive solutions that address both treatment needs and the underlying social conditions that perpetuate vulnerability.	
Data Retention Period: The data will be retained as long as the individual does not request its deletion and, in any case, as long as the appeal and/or complaint periods are open or as long as they continue to serve the purpose for which they were collected.	
Legal Basis for Data Processing	- Consent of interested parties
Recipients of Data Transfers and International Data Transfer	No data will be transferred except as required by law. No international transfers will be made.
Personal Data Collected in the Processing Personal Characteristics Data: Gender, specific region in which they work, role within the association/health center, personal or professional connection with the affected communities, length of experience working with neglected tropical diseases. Social Circumstances Data: Social norms and gender roles in rural communities, gender barriers to healthcare services, local beliefs and customs regarding health, social and economic impact of schistosomiasis in the communities.	
Risks Associated with Participation The potential discomfort caused by the time commitment required for the interview, as well as the intrusion into privacy due to the voice recording.	
Rights: Any person has the right to obtain confirmation as to whether the UPV/EHU is processing personal data concerning them. Interested parties have the right to access their personal data, as well as to request the rectification of inaccurate data or, if applicable, to request their deletion when, among other reasons, the data is no longer necessary for the purposes for which it was collected. In certain circumstances, interested parties may request the restriction of the processing of their data, in which case we will only retain it for the exercise or defense of claims. In certain circumstances and for reasons related to their specific situation, individuals may object to the processing of their data. UPV/EHU will stop processing the data, unless there are overriding legitimate grounds or for the exercise or defense of possible claims. Individuals also have the right to withdraw their consent at any time. They may leave the research at any time without personal consequences and without the need to provide explanations. To do so, they must contact Haizea Prados at the following email address: hprados002@ikasle.ehu.eus . To exercise the rights that apply to them, interested parties can access forms on the website: www.ehu.eus/babestu . Additional information is available from the Basque Data Protection Agency at: http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/es	
Additionnal Information: Available at http://www.ehu.eus/babestu	

Please mark the corresponding box:

I give my consent for recording the interview	Yes	
	No	

Identification and Signature of the Person Providing Information:

Consent and Signature of the Participant:

ANEXO 6. Guion de las entrevistas semiestructuradas, se presenta en los dos idiomas, castellano e inglés.

Me gustaría comenzar esta entrevista expresando mi más sincero agradecimiento por su disposición a participar en esta conversación, así como por la cercanía y amabilidad que ha mostrado a lo largo de nuestra comunicación previa por correo electrónico. Es un verdadero placer poder conocerle personalmente.

Como le comenté anteriormente, el objetivo principal de esta entrevista es recopilar conocimiento situado, es decir, conocimiento profundamente arraigado en la realidad concreta que usted y otros actores locales conocen y con la que trabajan de primera mano. Creemos que su experiencia y perspectiva son esenciales para reflejar con rigor y sensibilidad las dinámicas locales que este estudio pretende abordar. El propósito exclusivo de esta conversación es precisamente ese: incorporar voces expertas y conocimientos locales que enriquezcan y aporten un valor fundamental al desarrollo del trabajo de investigación «Mujeres rurales y enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: interseccionalidad de las vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis». Este estudio forma parte de la Tesis de Máster (TFM) del Máster en «Desarrollo y Cooperación Internacional» de la Universidad del País Vasco y Hegoa.

El objetivo de esta entrevista es abordar las realidades locales para tratar de comprender cómo se percibe la esquistosomiasis en Nigeria, así como obtener una comprensión más profunda del tejido social representado por la sociedad civil, las organizaciones locales y los activistas locales en el país. Para alcanzar este objetivo general, se articulan tres objetivos específicos: Analizar las diferencias de género en normas socioculturales, acceso sanitario y repercusiones socioeconómicas de la esquistosomiasis en comunidades rurales de Nigeria; examinar, desde una perspectiva decolonial, cómo los contextos históricos, sociales, políticos, geográficos, sanitarios y ambientales influyen en la vulnerabilidad de estas comunidades frente a la enfermedad; e identificar los modelos de intervención de organismos locales e internacionales frente a la esquistosomiasis en torno a desigualdades de género e integración comunitaria.

La entrevista es abierta. Es decir, se propondrán algunas preguntas generales que servirán de guía, pero la conversación se desarrollará de manera flexible, permitiendo que surjan nuevas reflexiones relacionadas que puedan enriquecer el diálogo y aportar mayor profundidad al contenido compartido. La entrevista será totalmente confidencial y anónima, y la información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines de esta tesis de máster.

Durante la entrevista, recorreremos seis bloques de preguntas relacionadas con diferentes temas sobre la esquistosomiasis. Antes de comenzar, debo informarle que, si bien en algunos de ellos le preguntaré sobre la realidad de las mujeres que padecen esta enfermedad, en otros me centraré en su trabajo en la asociación que representa y en su testimonio sobre el contexto social y sanitario actual del país, ¿le está de acuerdo?

Dicho esto, comencemos.

Bloque 1: Introducción al trabajo dentro de la organización y contextualización geográfica y cultural del país.

Objetivos del bloque: Comprender el papel del entrevistado y los objetivos de su organización, junto con la relación personal y profesional del entrevistado con las comunidades afectadas, con el fin de explorar su opinión sobre el alcance de la presencia de la enfermedad y los factores asociados con la prevalencia de la esquistosomiasis en Nigeria.

- ¿Podría presentarse y contarme cuál es su función específica dentro de la asociación?
- ¿Cuáles son los principales objetivos de su organización en relación con las enfermedades tropicales desatendidas, en particular la esquistosomiasis?

- Teniendo en cuenta que hay más de 250 grupos étnicos en Nigeria, ¿podría hablarme un poco sobre las diferentes identidades culturales que se pueden encontrar en el país? ¿Son diferentes en el norte y en el sur del país? ¿Cuáles son las culturas predominantes? ¿Encuentra similitudes en algunos aspectos o son completamente diferentes?
- ¿Podría hablarme un poco sobre las comunidades con las que trabaja? ¿En qué territorios o regiones se encuentran estas comunidades? ¿Cómo se identifican las personas de estas comunidades en términos de pertenencia cultural, étnica o territorial?

Bloque 2: Normas sociales, roles de género y acceso a los servicios de salud

Objetivos del bloque: Comprender cómo las normas sociales influyen en los roles de género dentro de las comunidades rurales con el fin de analizar cómo estos afectan a las mujeres y los hombres en la economía doméstica, las ocupaciones y el acceso a los servicios de salud, así como las diferentes barreras culturales que pueden surgir de ellos.

Sobre los roles de género en las comunidades rurales

- ¿Cómo describiría los roles tradicionales que desempeñan las mujeres y los hombres en las comunidades con las que trabaja?
- ¿Qué papel desempeñan las mujeres en la toma de decisiones dentro del hogar? ¿Y los hombres?
- ¿Existen diferencias en la carga de trabajo de las mujeres y los hombres, tanto dentro como fuera del hogar?

Influencia de las normas de género en la economía del hogar

- ¿Cómo afectan los roles de género a la participación de las mujeres y los hombres en las actividades económicas del hogar?
- ¿Cómo se gestionan los ingresos y la economía del hogar?
- ¿Cómo se gestionan las decisiones financieras relacionadas con la búsqueda de tratamiento médico?

Influencia de las normas de género en la realidad laboral

- ¿Cómo se asignan tradicionalmente las funciones y responsabilidades laborales a las mujeres y los hombres en las comunidades con las que trabajas?

Influencia de las normas de género en la realidad laboral sobre el acceso a los servicios de salud

- ¿Existen diferencias entre las mujeres y los hombres en el acceso a los servicios de salud en las comunidades con las que trabajas?
- ¿El tiempo y las responsabilidades de las mujeres dentro del hogar afectan su capacidad para acceder a los servicios de salud?

Bloque 3: Consecuencias sociales, económicas y culturales de la esquistosomiasis y su impacto diferencial según el género

Objetivos del bloque: Analizar cómo las actividades relacionadas con los roles de género influyen en la exposición al agua contaminada, el impacto diferencial de la enfermedad en las actividades cotidianas, económicas y familiares, y las percepciones y el estigma relacionados con la enfermedad.

Relación entre los roles de género y la exposición a la esquistosomiasis

- ¿Cuáles son las actividades más comunes que realizan las personas de la comunidad y que las ponen en contacto con agua contaminada? ¿Cómo varían estas actividades según el género?

Impacto de la esquistosomiasis y los roles de género

- ¿Cómo afecta la esquistosomiasis a las actividades económicas habituales de las personas que la padecen?
- ¿Observa alguna diferencia en la forma en que la enfermedad afecta a la capacidad de las mujeres y los hombres para continuar con sus actividades laborales, ya sea dentro o fuera del hogar?

Esquistosomiasis genital femenina y masculina

- ¿Las manifestaciones genitales de la esquistosomiasis tienen un impacto específico en el papel social o familiar de las personas con la enfermedad?
- ¿Qué efectos, si los hay, tiene la esquistosomiasis genital femenina en las relaciones personales, familiares o matrimoniales?
- ¿Tiene la esquistosomiasis genital masculina un impacto comparable en la vida social y familiar de los hombres, o las implicaciones son diferentes?
- ¿Cómo gestiona el sistema de salud los casos de esquistosomiasis genital? ¿Es el procedimiento el mismo cuando se trata la genitalia femenina y la masculina?
- ¿Cree que hay personas que podrían confundir la esquistosomiasis genital con una infección de transmisión sexual?

Esquistosomiasis y salud menstrual

- La esquistosomiasis está directamente relacionada con el sangrado en la orina, lo que puede confundirse con la menstruación en las mujeres.
- ¿Se habla abiertamente sobre la salud menstrual en su comunidad?
- ¿Las mujeres tienen acceso adecuado a productos de higiene menstrual y agua limpia durante la menstruación?
- ¿Existen prácticas relacionadas con la higiene menstrual que puedan aumentar el riesgo de exposición al agua contaminada?

Estigma social y disposición a buscar atención médica

- ¿Cree que a las personas con esquistosomiasis les resulta difícil hablar de su enfermedad en público o con los profesionales de la salud?
- ¿Existen diferencias en la forma en que las mujeres y los hombres reaccionan o buscan atención médica cuando padecen esquistosomiasis?
- ¿Existen creencias religiosas o espirituales que influyan en la forma en que se entiende o se trata la enfermedad? ¿Existen factores culturales?

Exclusión comunitaria y esquistosomiasis

- ¿Las personas con esquistosomiasis tienden a sufrir algún tipo de estigma dentro de la comunidad?
- ¿Cómo afecta la esquistosomiasis a la participación de las personas en la vida comunitaria, las actividades laborales o los roles sociales? ¿Cree que hay una diferencia significativa entre mujeres y hombres en este sentido?

Salud mental y bienestar emocional

- ¿Existen consecuencias psicológicas o emocionales asociadas a la esquistosomiasis, especialmente en las mujeres?
- ¿Se habla de la salud mental en las comunidades afectadas o se percibe como un tema tabú?

Movilización colectiva de las mujeres y participación comunitaria

- ¿Existen grupos, asociaciones o movimientos organizados de mujeres en las comunidades con las que trabajas?
- ¿Qué tipo de reivindicaciones plantean estas mujeres en sus espacios organizativos?
- ¿Cómo se expresan colectivamente estas mujeres? ¿Qué formas de organización o acción utilizan?
- ¿Qué papel desempeñan estas organizaciones de mujeres en la sensibilización sobre la esquistosomiasis u otras enfermedades desatendidas?
- ¿Cómo han respondido las comunidades a estas iniciativas?
- ¿Han podido estos grupos influir en las políticas locales, las decisiones comunitarias o las iniciativas de salud pública?
- ¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrentan estos colectivos en su labor organizativa?

Bloque 4: Contexto político, sanitario y medioambiental del país en relación con la esquistosomiasis

Objetivos del bloque: Investigar las consecuencias de la situación política, medioambiental y sanitaria del país con el fin de analizar la eficacia de las políticas públicas en la prevención y el tratamiento de la esquistosomiasis, los retos del sistema sanitario y el impacto de las condiciones medioambientales en la prevalencia de la enfermedad, así como la relación entre los conflictos internos y las desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios.

El contexto político nigeriano y su impacto en el tratamiento de la esquistosomiasis

- Desde su punto de vista, ¿cuál es la magnitud del problema de la esquistosomiasis en Nigeria, especialmente en las comunidades rurales?
- ¿Considera que la intensidad de la prevalencia de la esquistosomiasis ha disminuido con el tiempo o ha aumentado en los últimos años?
- ¿Podría hablarme un poco sobre el plan de control de la esquistosomiasis? ¿Cómo se decide qué comunidades deben recibir la administración masiva de medicamentos? ¿Cuál es la razón para aplicar este tratamiento en las escuelas? ¿Cómo se trata a las personas que no tienen acceso a esos espacios, como los niños que no asisten a la escuela y los adultos que padecen esquistosomiasis?
- ¿Cómo colabora el Gobierno federal de Nigeria con las organizaciones locales e internacionales en el esfuerzo por controlar y tratar la esquistosomiasis?
- ¿Cómo afectó el conflicto interno en Nigeria al acceso a los tratamientos sanitarios necesarios para enfermedades como la esquistosomiasis? ¿Se cerraron algunos centros o algunas de las organizaciones que trabajaban sobre el terreno tuvieron que marcharse?

El sistema sanitario nigeriano y el tratamiento de la esquistosomiasis

- ¿Cuáles son los principales actores o entidades que prestan asistencia sanitaria en su zona?

- ¿Cuál es el procedimiento de atención a una persona que padece esquistosomiasis? ¿Existen diferencias de género en el proceso de atención? ¿Existen diferencias en la atención entre las zonas rurales y las urbanas del país?
- Según su experiencia, ¿cómo se cubren los gastos sanitarios en Nigeria y en qué medida depende la población de los gastos que debe pagar de su bolsillo para acceder a la asistencia sanitaria?
- ¿Qué papel desempeñan los sectores público y privado en la prestación de servicios sanitarios en Nigeria y cómo interactúan entre sí para satisfacer las necesidades de la población?
- En el contexto actual, ¿cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el sistema sanitario nigeriano a la hora de abordar las enfermedades tropicales desatendidas?
- ¿Hay suficientes profesionales capacitados en las zonas rurales para diagnosticar y tratar la esquistosomiasis?
- ¿Hay escasez de suministros médicos o medicamentos necesarios para tratar la esquistosomiasis en las zonas más afectadas?

Las condiciones ambientales y su relación con la esquistosomiasis

- ¿Existen planes o iniciativas en Nigeria para mejorar la calidad del agua y el acceso al agua potable en las comunidades rurales, y cuál ha sido su impacto en la reducción de los casos de esquistosomiasis?
- ¿Podría hablarme un poco sobre el programa WHASH (agua, saneamiento e higiene) en Nigeria? ¿Qué organismos gubernamentales o internacionales participan en su implementación? ¿En qué regiones de Nigeria se lleva a cabo el programa? ¿Qué impacto ha tenido el programa en las comunidades locales hasta ahora?
- ¿Cree que hombres y mujeres tienen el mismo acceso a medidas preventivas como filtros de agua o medicamentos preventivos?

Bloque 5: El papel de los actores externos, las ONG y las organizaciones internacionales en la lucha contra la esquistosomiasis en Nigeria

Objetivos del bloque: Analizar el papel clave que desempeñan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones internacionales en la atención y el tratamiento de la esquistosomiasis en Nigeria, centrándose en la prestación de asistencia sanitaria en las zonas rurales y la dependencia del sistema sanitario nigeriano del apoyo externo.

- ¿Qué papel desempeñan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros actores internacionales en la prestación de asistencia sanitaria en las zonas rurales?
- ¿En qué medida depende el sistema sanitario nigeriano del apoyo externo, especialmente en la lucha contra enfermedades como la esquistosomiasis?
- ¿En qué medida dependen las comunidades rurales de instituciones externas para acceder a los servicios sanitarios?
- ¿Cómo ha afectado la reducción de la financiación internacional, como la de USAID, a los programas de tratamiento de la esquistosomiasis en Nigeria?
- ¿Cómo ha respondido el Gobierno nigeriano a la falta de financiación de los organismos internacionales para el tratamiento de la esquistosomiasis?
- ¿Qué estrategias han aplicado las ONG para adaptarse a la reducción de la financiación y continuar sus actividades en la lucha contra la esquistosomiasis?

- ¿Cuáles son los principales obstáculos logísticos a los que se enfrentan las ONG en su misión de proporcionar atención sanitaria en las zonas rurales afectadas por la esquistosomiasis en Nigeria?

Bloque 6: Modelos de intervención y enfoque de las desigualdades de género y la integración comunitaria

Objetivos del bloque: Examinar los enfoques actuales en los proyectos de intervención contra la esquistosomiasis en relación con la incorporación de una perspectiva de género y transformación social en dichos proyectos.

- ¿Qué proyectos o iniciativas actuales abordan la esquistosomiasis en las comunidades rurales y cuáles son sus principales enfoques?
- ¿Quiénes son los principales actores que participan en la lucha contra la esquistosomiasis en las comunidades rurales de Nigeria? ¿Se trata de asociaciones locales o externas, instituciones públicas o privadas?
- ¿Cómo se integra la perspectiva de género en los proyectos contra la esquistosomiasis y qué retos se plantean al respecto?
- ¿Cómo participan las comunidades en la planificación y ejecución de los proyectos, y en qué medida son receptivas a estas iniciativas?
- ¿Qué metodologías educativas se utilizan para sensibilizar a las comunidades sobre la esquistosomiasis y qué impacto han tenido estas estrategias?
- ¿Cómo se evalúa el impacto de los proyectos en curso y qué mejoras podrían introducirse para aumentar su eficacia y su integración en las comunidades?

CIERRE:

Antes de terminar, quiero agradecerle sinceramente su participación en esta entrevista. Su perspectiva es de gran valor y resulta fundamental para el desarrollo de esta investigación. Antes de concluir, me gustaría preguntarle si desea añadir algún comentario o compartir algún aspecto que considere importante y que no se haya tratado durante la conversación. Finalmente, le dejo a su disposición mi correo electrónico, que permanece abierto para cualquier sugerencia, observación o contacto que desee transmitirme. Me alegro mucho de habernos conocido y de haber compartido este tiempo tan enriquecedor. Gracias.

I would like to begin this interview by expressing my sincere thanks for your willingness to participate in this conversation, as well as for the closeness and kindness you have shown throughout our previous communication by mail. It is a real pleasure to be able to meet you personally.

As I told you beforehand, the main purpose of this interview is to gather situated knowledge, that is, knowledge deeply rooted in the concrete reality that you and other local actors know and work with first-hand. We believe that your experience and perspective are essential to reflect with rigour and sensitivity the local dynamics that this study aims to address. The exclusive purpose of this conversation is precisely that: to incorporate expert voices and local knowledge that enrich and add fundamental value to the development of the research work 'Rural women and neglected tropical diseases in Nigeria: Intersectionality of vulnerabilities through a pilot study on schistosomiasis'. This study is part of the Master's Thesis (TFM) of the Master's Degree in

‘Development and International Cooperation’ of the University of the Basque Country and HeGoa.

The aim of this interview is to address local realities in order to try to understand how schistosomiasis is perceived in Nigeria, as well as to gain a deeper understanding of the social fabric represented by civil society, local organisations and local activists in the country. In order to achieve this general objective, three specific objectives are articulated: To analyse gender differences in socio-cultural norms, access to healthcare and the socio-economic impact of schistosomiasis in rural communities in Nigeria; to examine, from a decolonial perspective, how historical, social, political, geographical, health and environmental contexts influence the vulnerability of these communities to the disease; and to identify the intervention models of local and international organizations in response to schistosomiasis in relation to gender inequalities and community integration.

The interview is open-ended. That is, some general questions will be proposed to serve as a guide, but the conversation will develop in a flexible manner, allowing new related reflections to emerge that may enrich the dialogue and provide greater depth to the content shared. The interview will be completely confidential and anonymous, and the information obtained will be used exclusively for the purpose of this Master's Thesis.

During the interview, we will navigate through six blocks of questions related to different issues about schistosomiasis. Before we start, I must inform you that while in some of them I will ask you about the reality of women suffering from this disease, in others I will focus on your work in the association you represent and your testimony about the current social and health context in the country, do you agree?

That being said, let's begin.

Block 1: Introduction to the work within the organization and the geographical and cultural context of the country.

Objectives of the block: To understand the role of the interviewee and the objectives of their organisation along with the interviewee's personal and professional relationship with affected communities in order to explore their view of the extent of the disease's presence and the factors associated with the prevalence of schistosomiasis in Nigeria.

- Could you introduce yourself and tell me about your specific role within the association?
- What are the main objectives of your organisation in relation to neglected tropical diseases, particularly schistosomiasis?
- Considering that there are more than 250 ethnic groups in Nigeria, could you tell me a bit about the different cultural identities that can be found in the country? Is it different in the North and in the South of the country? Which are the predominant cultures? Do you find similarities in some respects, or are they completely diverse?
- Could you share with me a little about the communities you work with? In which territories or regions are these communities located? How do the people in these communities identify themselves in terms of their cultural, ethnic or territorial belonging?

Block 2: Social norms, gender roles and access to health services

Objectives of the block: To understand how social norms influence gender roles within rural communities in order to analyse how these affect women and men in the household economy, occupations and access to health services as well as the different cultural barriers that may arise from them.

On gender roles in rural communities

- How would you describe the traditional roles that women and men play in the communities you work with?
- What role do women play in decision-making within the household? And men?
- Are there differences in the workload of women and men, both inside and outside the home?

Influence of gender norms on the household economy

- How do gender roles affect women's and men's participation in household economic activities?
- How is household income and economy managed?
- How are financial decisions related to seeking medical treatment handled?

Influence of gender norms on occupational reality

- How are work roles and responsibilities traditionally assigned to women and men in the communities you work with?

Influence of gender norms in occupational realities on access to health services

- Are there any differences between women and men in accessing health services in the communities you work with?
- Do women's time and responsibilities within the household affect their ability to access health services?

Block 3: Social, economic and cultural consequences of schistosomiasis and its differential impact according to gender

Objectives of the block: To analyse how gender role activities influence exposure to contaminated water, the differential impact of the disease on daily, economic and family activities, and perceptions and stigma related to the disease.

Relationship between gender roles and exposure to schistosomiasis

- What are the most common activities that people in the community engage in that bring them into contact with contaminated water? How do these activities vary by gender?

Impact of schistosomiasis and gender roles

- How does schistosomiasis affect the usual economic activities of people with schistosomiasis?
- Do you observe any differences in the way the disease affects women's and men's ability to continue their work activities, either inside or outside the home?

Female and male genital schistosomiasis

- Do the genital manifestations of schistosomiasis have a specific impact on the social or family role of people with the disease?
- What effects, if any, does female genital schistosomiasis have on personal, family or marital relationships?
- Does male genital schistosomiasis have a comparable impact on the social and family life of men, or are the implications different?

- How does the health system manage the cases of genital schistosomiasis? Is the procedure the same when treating with female and male genitalia?
- Do you think there are people who might confuse genital schistosomiasis with a sexually transmitted infection?

Schistosomiasis and menstrual health

Schistosomiasis is directly related to bleeding in the urine, which can be confused with menstruation in women.

- Is menstrual health discussed openly in your community?
- Do women have adequate access to menstrual hygiene products and clean water during menstruation?
- Are there practices related to menstrual hygiene that may increase the risk of exposure to contaminated water?

Social stigma and willingness to seek medical care

- Do you think people with schistosomiasis find it difficult to talk about their illness in public or with health professionals?
- Are there differences in how women and men react to or seek medical care when they have schistosomiasis?
- Are there religious or spiritual beliefs that influence how the disease is understood or treated? Are there cultural factors?

Community exclusion and schistosomiasis

- Do people with schistosomiasis tend to experience some sort of stigma within the community?
- How does schistosomiasis affect people's participation in community life, work activities or social roles, and do you think there is a significant difference between women and men in this respect?

Mental health and emotional well-being

- Are there psychological or emotional consequences associated with schistosomiasis, especially in women?
- Is mental health discussed in affected communities or is it perceived as a taboo subject?

Collective Mobilization of Women and Community Participation

- Are there any women's groups, associations, or organized movements within the communities you work with?
- What kinds of demands do these women raise in their organizational spaces?
- How do these women express themselves collectively? What forms of organization or action do they use?
- What role do these women's organizations play in raising awareness about schistosomiasis or other neglected diseases?
- How have communities responded to these initiatives?
- Have these groups been able to influence local policies, community decisions, or public health initiatives?
- What are the main challenges these collectives face in their organizational work?

Block 4: Political, health and environmental context of the country in relation to schistosomiasis

Objectives of the block: To investigate the consequences of the political, environmental and health situation in the country in order to analyse the effectiveness of public policies in the prevention and treatment of schistosomiasis, the challenges of the health system and the impact of environmental conditions on the prevalence of the disease and the relationship between internal conflicts and social inequalities in access to health services.

Nigerian political context and its impact on the treatment of schistosomiasis

- From your perspective, what is the extent of the problem of schistosomiasis in Nigeria, especially in rural communities?
- Do you consider that the intensity of schistosomiasis prevalence has decreased over time, or has it increased in recent years?
- Can you tell me a little bit about the Schistosomiasis control plan? How is it decided which communities should receive mass drug administration? What is the reason for applying this treatment in schools? How are people who do not have access to those spaces such as children who are out of school and adults suffering from schistosomiasis treated?
- How does the Nigerian federal government collaborate with local and international organizations in the effort to control and treat schistosomiasis?
- How did the internal conflict in Nigeria affect the access to necessary health treatments for diseases such as schistosomiasis? Were some centers closed or some of the organizations that were working in the field had to go away?

Nigerian health system and treatment of schistosomiasis

- What are the main actors or entities providing health care in your area?
- What is the care procedure for a person suffering from schistosomiasis? Are there gender differences in the care process? Are there differences in care in rural versus urban parts of the country?
- In your experience, how are health care costs covered in Nigeria, and how dependent is the population on out-of-pocket expenses to access health care?
- What role do the public and private sectors play in the provision of health services in Nigeria, and how do they interact with each other to meet the needs of the population?
- In the current context, what are the main challenges facing the Nigerian health system in addressing neglected tropical diseases?
- Are there enough trained professionals in rural areas to diagnose and treat schistosomiasis?
- Is there a lack of medical supplies or drugs needed to treat schistosomiasis in the most affected areas?

Environmental conditions and their relationship to schistosomiasis

- Are there any plans or initiatives in Nigeria to improve water quality and access to safe water in rural communities, and what has been their impact on reducing cases of schistosomiasis?
- Could you tell me a little bit about the WHASH (Water, Sanitation and Hygiene Programme) in Nigeria? Which government or international agencies are involved in its

implementation? In which regions of Nigeria is the programme being carried out? What impact has the programme had on local communities so far?

- Do you think that men and women have equal access to preventive measures such as water filters or preventive medication?

Block 5: Role of External Actors, NGOs and International Organisations in addressing schistosomiasis in Nigeria

Objectives of the block: To analyse the key role played by non-governmental organisations (NGOs) and international organisations in the care and treatment of schistosomiasis in Nigeria, focusing on the provision of health care in rural areas and the dependence of the Nigerian health system on external support.

- What role do non-governmental organisations (NGOs) and other international actors play in the provision of health care in rural areas?
- How dependent is the Nigerian health system on external support, especially in the fight against diseases such as schistosomiasis?
- To what extent are rural communities dependent on external institutions to access health services?
- How has the reduction in international funding, such as USAID, impacted on schistosomiasis treatment programmes in Nigeria?
- How has the Nigerian government responded to the lack of funding from international agencies in the treatment of schistosomiasis?
- What strategies have NGOs implemented to adapt to the reduction in funding and continue their activities in the fight against schistosomiasis?
- What are the main logistical obstacles faced by NGOs in their mission to provide health care in rural areas affected by schistosomiasis in Nigeria?

Block 6: Intervention models and approach to gender inequalities and community integration

Objectives of the block: To examine current approaches in schistosomiasis intervention projects in relation to the incorporation of a gender and social transformation perspective in these projects.

- What current projects or initiatives are addressing schistosomiasis in rural communities, and what are their main approaches?
- Who are the main actors involved in addressing schistosomiasis in rural communities in Nigeria? Are they local or external partnerships, public or private institutions?
- How is gender mainstreamed in schistosomiasis projects, and what challenges do they face in this regard?
- How are communities involved in project planning and implementation, and how receptive are they to these initiatives?
- What educational methodologies are used to sensitize communities about schistosomiasis, and what impact have these strategies had?
- How is the impact of ongoing projects evaluated, and what improvements could be made to increase their effectiveness and integration with communities?

CLOSING:

Before concluding, I would like to sincerely thank you for your participation in this interview. Your perspective is highly valuable and essential for the development of this research. Before we finish, I would like to ask if you wish to add any comments or share any aspect that you consider important and that has not been addressed during the conversation. Finally, I leave my email at your disposal, which remains open for any suggestions, observations, or contact you may wish to share. I am very glad that we have met and shared this enriching time together. Thank you.

ANEXO 7. Documento de Consentimiento Informado (DCI) para los cuestionarios, se presenta en los dos idiomas, castellano y hausa.

Proyecto de investigación: Las mujeres rurales y las enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: interseccionalidad de las vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre la esquistosomiasis

Investigadora: Haizea Prados, estudiante del Máster en Desarrollo y Cooperación (UPV/EHU)

Contacto: Teléfono: +34 687249019; Correo electrónico: hprados002@ikasle.ehu.eus

Como estudiante del Máster en Desarrollo y Cooperación (UPV/EHU), estoy llevando a cabo un proyecto de investigación para mi Trabajo de Fin de Máster (TFM). El objetivo general es analizar y comprender la situación de las mujeres y los hombres afectados por la esquistosomiasis en las comunidades rurales de Nigeria, con el fin de determinar si existen diferencias en las consecuencias sociales, económicas y culturales asociadas a la enfermedad.

Los objetivos específicos del estudio son:

- Identificar desde una perspectiva decolonial, cómo los contextos culturales, geográficos y ambientales influyen en la vulnerabilidad de las comunidades frente a la esquistosomiasis
- Analizar las diferencias de género en las normas culturales, acceso sanitario y repercusiones socioeconómicas de la enfermedad.
- Explorar la percepción de los organismos locales e internacionales sobre la efectividad de los modelos actuales de intervención frente a la esquistosomiasis.

Para ello, le invito a participar en una entrevista que se dividirá en diferentes secciones temáticas. La entrevista durará aproximadamente una hora, dependiendo del tiempo que pueda dedicarle y de la profundidad de sus respuestas.

La participación es totalmente voluntaria, y sus respuestas se tratarán de forma confidencial y se utilizarán únicamente con fines académicos y para posibles proyectos futuros relacionados con este tema.

El _____ abajo _____ firmante,

....., **DA SU CONSENTIMIENTO** para participar en el proyecto de investigación «**Mujeres rurales y enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre esquistosomiasis**», dirigido por **Haizea Prados**, estudiante del **Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional (Hegoa)** de la UPV/EHU, tras haber sido informado por escrito sobre los objetivos del proyecto y haber tenido la oportunidad de solicitar cualquier información adicional que fuera necesaria.

La supervisora de esta tesis de máster en Hegoa es Amaia Izaola Argüeso, del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), cuyo correo electrónico es: amaia.izaola@ehu.eus.

Al firmar este documento, acepto participar en una entrevista, que se realizará mediante videollamada en una fecha y hora acordadas mutuamente.

Este proyecto ha recibido la aprobación del **Comité Ético de Investigación con Seres Humanos (CEISH) de la UPV/EHU**.

INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos

de que sus datos serán incluidos en un fichero bajo la responsabilidad de la UPV/EHU, así como de los siguientes datos:

Código de procesamiento	TI0740
Nombre del procesamiento	Enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria y su impacto diferencial en las mujeres
Responsable del tratamiento Identidad: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. CIF: Q4818001B. Dirección postal: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia). Sitio web: www.ehu.eus Datos de contacto del delegado de protección de datos: dpd@ehu.eus	
Finalidad del tratamiento de datos: Explorar la realidad de las mujeres y los hombres afectados por la esquistosomiasis en las comunidades rurales de Nigeria, con el fin de determinar si existen diferencias de género en las consecuencias sociales, económicas y culturales asociadas a la enfermedad. El objetivo es adquirir conocimientos fundamentales que ayuden a diseñar intervenciones sociales y de salud pública que sean sensibles a las diferencias culturales, promuevan la igualdad de género y proporcionen soluciones integrales que aborden tanto las necesidades de tratamiento como las condiciones sociales subyacentes que perpetúan la vulnerabilidad.	
Plazo de conservación de los datos: Los datos se conservarán mientras el interesado no solicite su supresión y, en cualquier caso, mientras estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación o mientras sigan sirviendo para los fines para los que fueron recogidos.	
Base jurídica para el tratamiento de datos	Consentimiento de las partes interesadas
Destinatarios de las transferencias de datos y transferencia internacional de datos	No se transferirán datos, salvo en los casos previstos por la ley. No se realizarán transferencias internacionales.
Datos personales recopilados durante el procesamiento Datos sobre características personales: sexo, región específica en la que trabajan, función dentro de la asociación/centro de salud, conexión personal o profesional con las comunidades afectadas, antigüedad en el trabajo con enfermedades tropicales desatendidas. Datos sobre circunstancias sociales: normas sociales y roles de género en las comunidades rurales, barreras de género para acceder a los servicios de salud, creencias y costumbres locales relacionadas con la salud, impacto social y económico de la esquistosomiasis en las comunidades.	
Riesgos asociados a la participación La posible incomodidad causada por el tiempo que requiere la entrevista.	

Derechos:

Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si la UPV/EHU está tratando datos personales que le conciernen. Los interesados tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos. En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso solo los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones. En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La UPV/EHU dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos o para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones. Las personas también tienen derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Pueden abandonar la investigación en cualquier momento sin consecuencias personales y sin necesidad de dar explicaciones. Para ello, deben ponerse en contacto con Haizea Prados en la siguiente dirección de correo electrónico: hprados002@ikasle.ehu.eus. Para ejercer los derechos que les corresponden, los interesados pueden acceder a los formularios disponibles en la página web: www.ehu.eus/babestu. Para más información, pueden dirigirse a la Agencia Vasca de Protección de Datos: <http://www.avpd.euskadi.eus/s04-5213/eu>

Información adicional: Disponible en <http://www.ehu.eus/babestu>

Marque la casilla correspondiente:

Doy mi consentimiento para la entrevista	Sí	
	No	

Identificación y firma de la persona que proporciona la información:

Consentimiento y firma del participante:

Aikin Bincike: Mata ‘Yan Kauye da Cutar Dazuka da Aka Yi Watsi da Su a Najeriya: Hadehaden Raunuka ta Hanyar Bincike na Farko kan Schistosomiasis

Mai Bincike: Haizea Prados, Daliba a Digirin Digirgir na Ci gaba da Hadin Gwiwa (Jami’ar Basque Country – UPV/EHU)

Tuntuɓa: Lambar waya: +34 687249019; Imel: hprados002@ikasle.ehu.eus

A matsayina na daliba a fannin Digiri na biyu (Master's) a fannin Ci gaba da Hadin Gwiwa (UPV/EHU), ina gudanar da wani aikin bincike domin rubuta Kundin Kammala Karatu na Master's (TFM). Babban burin wannan bincike shi ne nazari da fahimtar halin da mata da maza ke ciki wadanda suka kamu da cutar schistosomiasis a cikin al'ummomin karkara a Najeriya, domin a gano ko akwai bambance-bambancen zamantakewa, tattalin arziki da al'adu da ke hade da wannan cuta.

Takamaiman Manufofin Binciken sun haɗa da:

- Gano daga hangen nesa na *decolonial*, yadda al’adu, wurare da yanayin muhalli ke shafar raunin al’umma ga cutar *schistosomiasis*.

- Bincika bambance-bambancen jinsi a cikin dokokin al'adu, samun kulawar lafiya, da tasirin tattalin arziki na cutar a kauyukan Nijeriya.
- Tattauna yadda kungiyoyin cikin gida da na kasa da kasa ke fahimtar ingancin tsare-tsaren yaki da *schistosomiasis* na yanzu.

Don wannan dalili, ina gayyatar ka/ki halarci wata hira da za a raba kashi-kashi bisa jigogi daban-daban. Hiran za ta dauki kusan awa guda, gwargwadon lokacin da za ka/ki iya bayarwa da kuma tsawon amsoshin da za ka/ki bayar.

Shiga cikin wannan bincike yana da 'yanci gaba daya, kuma za a kiyaye duk wata amsa da ka/ki bayar a matsayin sirri. Za a yi amfani da bayanane ne kawai domin dalilai na karatu da kuma yiwuwar wasu ayyuka na gaba da suka danganci wannan batu.

Wanda ya sa hannu a kasa,

....., **NA BADA YARJEJENIYATA** don shiga cikin aikin bincike mai taken "*Mata 'Yan Kauye da Cutar Dazuka da Aka Yi Watsi da Su a Najeriya: Hade-haden Raunuka ta Hanyar Bincike na Farko kan Schistosomiasis*", wanda Haizea Prados, dalibar Digiri na biyu (Master's) a fannin Ci gaba da Hadin Gwiwa ta Duniya (Hegoa) a Jami'ar Basque Country (UPV/EHU), ke gudanarwa, bayan an sanar da ni a rubuce game da manufofin aikin kuma na samu damar tambayar karin bayani idan akwai bukata.

Mai kula da wannan binciken na Master's a Hegoa shi ne Amaia Izaola Argüeso, daga Sashen Ilimin Zamantakewa da Aikin Jama'a na Jami'ar Basque Country (UPV/EHU), wanda adireshin imel dinsa shi ne: amaia.izaola@ehu.eus.

Da sa hannuna a wannan takarda, **na amince da shiga cikin wata hira**, wadda za a yi ta hanyar kiran bidiyo a ranar da lokaci da muka amince da su tare.

Wannan aikin binciken ya samu amincewar **Kwamitin Ladabtar da Bincike da ke Shafar Mutane (CEISH)** na Jami'ar Basque Country (UPV/EHU).

Cikakken Bayani Game da Sarrafa Bayanai na Kanku (Personal Data)

Dangane da tanadin Mataki na 13 na Dokar Tsari ta (EU) 2016/679 na Majalisar Tarayyar Turai da Majalisar Koli na ranar 27 ga Afrilu, wadda ta shafi kare mutunci da 'yancin mutane dangane da sarrafa bayanansu da kuma 'yancin yawo da irin waɗannan bayanane, muna sanar da ku cewa bayananku za a saka su a cikin wani fayil a farkashin alhakin **Jami'ar Basque Country (UPV/EHU)**, tare da bayananku da ke kasa:

Lambar Sarrafa Bayanai	TI0740
Sunan Sarrafa Bayanai	Cutar Dazuka da Aka Yi Watsi da Su a Najeriya da Bambancin Tasirin Su a Kan Mata
Mai Kula da Bayanai Suna: Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea CIF: Q4818001B Adireshin: Barrio de Sarriena S/N 48940 Leioa (Bizkaia) Shafin yanar gizo: www.ehu.eus	

Imel na Ofishin Kula da Kare Bayanai: dpd@ehu.eus	
<p>Manufar Sarrafa Bayanai:</p> <p>Don bincika gaskiyar halin da mata da maza ke ciki waɗanda suka kamu da schistosomiasis a cikin al’ummomin karkara na Najeriya, da nufin tantance ko akwai bambancin jinsi a cikin tasirin zamantakewa, tattalin arziki, da al’adu da ke hade da wannan cuta. Manufar ita ce a samar da ilimin da zai taimaka wajen tsara matakan zamantakewa da na kiwon lafiya da ke da fahimta ta al’adu, suna inganta daidaito tsakanin jinsi, da kuma samar da hanyoyin da ke warware matsaloli duka daga magani da kuma daga tushen zamantakewa da ke haddasa rauni da rashin kariya.</p>	
<p>Lokacin Adana Bayanai:</p> <p>Za a ci gaba da adana bayanan muddin mutumin da abin ya shafa bai nemi a goge bayanan ba, kuma a kowane hali, muddin lokacin daukaka kara ko gabatar da koke-koke bai kare ba, ko har yanzu suna da amfani ga manufar da aka tattara su.</p>	
Tushe na Doka Don Sarrafa Bayanai:	-Yarda da wanda abin ya shafa (Consent)
Masu Karɓar Bayanai da Canja Wuri na Bayanai na Kasa da Kasa:	<p>Ba za a canja bayanan ga kowa ba sai idan doka ta bukata.</p> <p>Ba za a yi canja wuri na bayanai zuwa kasashen waje ba.</p>
<p>Bayanan da Za a Tattara:</p> <p>Bayanan Halaye na Kashin Kai: Jinsi, yankin da mutum ke aiki, rawar da yake takawa a kungiya/ cibiyar lafiya, alaƙa da al’ummomin da abin ya shafa (na sirri ko na aiki), tsawon lokacin da yake da gogewa a fannin cututtukan da aka yi watsi da su.</p> <p>Bayanan Zamantakewa: Ka’idoji da rawar jinsi a cikin al’ummomin karkara, shingayen da jinsi ke fuskanta wajen samun kulawa daga asibitoci, al’adu da ra’ayoyin mutane dangane da lafiya, da tasirin zamantakewa da na tattalin arziki da schistosomiasis ke haifarwa a cikin al’umma.</p> <p>Hatsarori da Suka Iya Taso Daga Halarta:</p> <p>Yiwuwa jin gajiya saboda lokacin da hira ke dauka.</p>	

'Yancin**Ku:**

Duk wanda ya shafi bayanar yana da 'yancin sanin ko UPV/EHU na sarrafa bayanar shi/ta. Mutane na da 'yancin samun damar bayanar kansu, gyara bayanar da ba daidai ba, ko kuma gogewa idan babu wani bukatar ci gaba da amfani da su. A wasu lokuta, mutum na iya bukatar takaita yadda ake sarrafa bayanar sa, inda za a ci gaba da adana su ne kawai don kare kansa ko gabatar da kara. Mutane na da 'yancin kin amincewa da sarrafa bayanar su saboda wasu dalilai da suka danganci halin su na musamman. Idan haka ta faru, UPV/EHU ba za ta ci gaba da sarrafa bayanar ba, sai idan akwai wasu dalilai masu karfi da doka ke bukata. Hakanan mutum na da 'yancin janye amincewar sa a kowane lokaci. Mutane na da 'yancin ficewa daga binciken a kowane lokaci ba tare da wata illa gare su ba ko bukatar bayar da bayani.

Don yin hakan, ya kamata su tuntubi Haizea Prados a imel din: **hprados002@ikasle.ehu.eus**

Don amfani da waɗannan 'yancin, za ku iya samun fom din a shafin yanar gizo: www.ehu.eus/babestu

Karin Bayani: Ana iya samu daga Hukumar Kare Bayanai ta Basque Country a <http://www.ehu.eus/babestu>

Da fatan za a zaɓi akwatin da ya dace:

I Ina bada izini na a yi hira da ni

Eh

A'a

Bayani da Sa hannun wanda ya bayar da bayanai:

Yarda da Sa hannun mahalarta binciken:

ANEXO 8. Guion de los cuestionarios, se presenta en los dos idiomas, castellano y hausa.

Mi nombre es Haizea Prados y soy estudiante del Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional en la Universidad del País Vasco, una región que se encuentra al norte de España. Me alegra mucho poder conocerte y tener esta oportunidad de conversar contigo. Te agradezco de antemano el tiempo que nos dedicas y la generosidad al compartir tu experiencia.

Te comento brevemente sobre el proyecto: esta entrevista forma parte de mi Trabajo de Fin de Máster, que lleva por título *‘Mujeres rurales y enfermedades tropicales desatendidas en Nigeria: interseccionalidad de vulnerabilidades a través de un estudio piloto sobre esquistosomiasis’*. El objetivo principal es comprender mejor cómo se vive esta enfermedad en las zonas rurales de Nigeria y cómo afecta de manera diferenciada a mujeres y comunidades. Consideramos que tu voz es clave para aportar una mirada situada, arraigada en la realidad concreta que conoces de primera mano.

La entrevista está pensada como una conversación abierta. Yo tengo unas preguntas preparadas para guiar el diálogo, pero no se trata de un cuestionario rígido. Me gustaría que fuera un intercambio flexible, en el que te sientas libre de hablar sobre los temas que consideres importantes o relevantes. Todo lo que puedas aportar será muy bienvenido.

Quisiera también explicar algunos aspectos éticos de esta entrevista: toda la información será tratada de forma confidencial y anónima. Lo que compartas hoy aquí será utilizado únicamente para hacer el estudio y no se compartirá en ningún momento tu identidad.

Durante la conversación, vamos a tocar diferentes temas organizados en bloques, algunos más centrados en tu experiencia personal y tu labor dentro de la comunidad, y otros que tienen que ver con la percepción de la enfermedad y su impacto en la vida cotidiana, especialmente de las mujeres. ¿Estás de acuerdo?

0. PRESENTACIÓN

Para que pueda conocerte un poco mejor, me gustaría que me compartieras algunos aspectos de tu vida:

Me podrías decir cuántos años tienes y si te identificas como hombre o como mujer.

También quisiera saber con quién vives, si todos pertenecéis a la misma familia y qué tipo de relación mantienes con esas personas. Me interesa conocer qué idioma habláis habitualmente en casa y si sois practicantes de alguna religión, y en ese caso, cuál.

Además, me gustaría saber a qué te dedicas en tu día a día: si trabajas dentro del hogar o fuera de él, y en qué consiste tu trabajo.

1. LA COMUNIDAD Y MI FAMILIA

Ahora me gustaría que habláramos sobre tu comunidad. Para empezar, me gustaría saber cómo se llama y en qué parte de Nigeria se encuentra. Como no la conozco, agradecería que me contaras un poco sobre ella: cómo es, cómo se organiza la vida allí y qué características la hacen especial. Cuáles son para ti y para las personas de tu comunidad las celebraciones y costumbres más importantes.

En la comunidad hacéis muchas actividades y tomáis decisiones importantes, sobre qué suelen ser estas decisiones, participa mucha gente en ellas y si consideras que hombres y mujeres pueden participar por igual en reuniones o en la toma de decisiones comunitarias.

2. COSTUMBRES EN EL DÍA A DÍA

En tu comunidad, a qué se dedican normalmente las mujeres y los hombres. Cuáles son los trabajos que realizan con más frecuencia las mujeres. Por qué crees que, por lo general, son ellas quienes se encargan de este tipo de tareas. Qué piensa el resto de la comunidad cuando un hombre o una mujer no trabajan fuera de casa.

Cómo y quiénes toman las decisiones importantes en tu hogar.

Desde qué edad comienzan los niños y las niñas de tu entorno a colaborar en las tareas del hogar.

En relación al dinero, quién aporta normalmente los ingresos en tu casa y quién decide cómo se gasta.

En relación a la salud, cuando alguien se pone enfermo en tu casa y necesita atención médica, quién decide si se acude al centro de salud y cómo se toma esa decisión. Si los hombres y las mujeres enfrentan los mismos problemas para ir al médico, y en qué se diferencian estas dificultades.

3. FAMILIARIZACIÓN CON LA ESQUISTOSOMIASIS

Ahora nos vamos a centrar en la esquistosomiasis que es una enfermedad causada por un parásito que entra en el cuerpo a través de la piel cuando una persona está en contacto con agua contaminada, como ríos o lagos. Este parásito o caracolillo puede causar problemas en el hígado, los intestinos o la vejiga, y a menudo se presenta con síntomas como fiebre, dolor abdominal y cansancio. Es una enfermedad común en áreas donde hay agua contaminada y donde las personas suelen bañarse o pescar en esos lugares.

Me gustaría saber si alguna vez has oído hablar de esta enfermedad, ya sea fuera de tu comunidad o dentro de ella. Tal vez la llamen de otra manera en tu entorno. También quiero saber si conoces a personas que hayan tenido esta enfermedad o que la tengan actualmente. Además, me gustaría saber si sabes qué es lo que provoca esta enfermedad y si se habla de ella en tu comunidad. Con el paso de los años, piensas que el número de casos ha aumentado o disminuido en comparación con hace diez años, por ejemplo.

También me gustaría que me contaras si tú o alguna otra persona se enferma de esquistosomiasis, qué cambios se producen en su día a día.

4. ESQUISTOSOMIASIS EN LA VIDA DIARIA

El agua, la higiene y el trabajo en el hogar y fuera del hogar

El trabajo relacionado con el agua, como la agricultura, la pesca, el lavado de ropa o la recolección de agua, suele ser realizado por ciertas personas en la comunidad. Me gustaría saber quiénes son las que, por lo general, se encargan de estos trabajos. En cuanto a tu caso, si tu trabajo está relacionado con el agua o con la recolección de agua, ¿dónde sueles recogerla? Sabemos que este tipo de tareas suelen ser realizadas por mujeres y niñas en muchas comunidades, por qué crees que es esto.

En relación al agua en tu comunidad, ¿cómo la ves? ¿Consideras que es limpia y segura para el consumo? También me gustaría saber si piensas que es posible enfermarse por el agua que consumes en tu hogar, y en caso de que alguien se enferme, ¿quién se encarga de cuidarlo?

Por último, quiero saber sobre los baños en tu comunidad. ¿Dónde se encuentran y es fácil acceder a ellos? Además, ¿los baños están diferenciados entre hombres y mujeres?

Esquistosomiasis genital:

En relación con la esquistosomiasis genital, se sabe que esta enfermedad también puede afectar los órganos genitales. Me gustaría saber si has escuchado sobre esto. Se habla abiertamente sobre esta condición en tu comunidad.

Cuando una mujer experimenta dolor o sangrado fuera de lo común, ¿a dónde puede acudir? Además, ¿cómo afecta esta enfermedad a las relaciones de pareja o familiares?

Siendo la infertilidad uno de los posibles efectos de la esquistosomiasis genital femenina, ¿cómo crees que esto afecta a las mujeres? ¿Piensas que sufren algún tipo de estigma por ello? ¿Crees que los hombres también sufren un estigma similar?

Es importante saber si las enfermedades que afectan la salud sexual se entienden bien en tu comunidad. ¿Crees que estas enfermedades pueden confundirse con enfermedades de transmisión sexual?

Finalmente, ¿existe miedo o vergüenza al hablar sobre estos temas? ¿Por qué crees que sucede esto?

Esquistosomiasis y salud menstrual

La esquistosomiasis está directamente relacionada con el sangrado en la orina, lo cual puede hacer que, en el caso de las mujeres, se confunda con la menstruación. En tu comunidad, me gustaría saber si se habla abiertamente sobre la salud menstrual.

Es importante conocer si las mujeres tienen acceso adecuado a productos de higiene menstrual y agua limpia durante su menstruación. También quiero saber si existen prácticas relacionadas con la higiene menstrual que puedan aumentar el riesgo de exposición al agua contaminada.

Emociones, preocupaciones, sentimientos... por estar con esquistosomiasis

En relación con las emociones, preocupaciones y sentimientos de las personas que padecen esquistosomiasis, me gustaría saber cómo crees que se sienten quienes sufren de esta enfermedad. ¿Consideras que les afecta emocionalmente?

También me gustaría saber si te gustaría contarme alguna historia que te haya marcado sobre esta enfermedad en tu comunidad.

Hablar de este tema, ¿cómo te hace sentir? Además, normalmente, ¿a quién recurre una persona cuando se siente triste, preocupada o con miedo?

5. ATENCIÓN SANITARIA, PREVENCIÓN Y MEDIO AMBIENTE

Me gustaría conocer el proceso que soléis hacer cuando se cree que una persona en casa tiene esquistosomiasis. Si acudís a un centro de salud y si este es de fácil acceso o queda muy lejos. También es importante saber si crees que estos centros tienen los medicamentos disponibles y un personal suficiente y capacitado para atenderlos. Si acudís a trataros en estos centros, ¿os cobran por ello? Si es así, ¿es muy costoso?

Consideras que existe suficiente atención por parte del gobierno de Nigeria o de las autoridades regionales para atender y hacer frente a la esquistosomiasis.

Me gustaría conocer también tu opinión sobre qué consideras que sería necesario para tratar la esquistosomiasis que no se esté dando ahora en la comunidad.

6. APOYO DE ASOCIACIONES Y ORGANIZACIONES

Me gustaría conocer si en algunas ocasiones algunas personas como representantes de ONG, el gobierno o profesionales de la salud, han visitado la comunidad para hablar sobre la esquistosomiasis y trabajar en su prevención y tratamiento y durante estas visitas qué actividades se han realizado y a qué personas de la comunidad iban dirigidas. También me gustaría saber si tu o alguien de tu familia participasteis en estas actividades.

Es importante conocer si crees que los grupos organizados en la comunidad, como las asociaciones de mujeres, voluntarios o los líderes religiosos, si los hay tienen un papel clave en estas intervenciones y si les han involucrado.

Finalmente me gustaría conocer cómo por parte de la comunidad habéis hecho frente a esta enfermedad y si consideras que la atención externa que habéis recibido podría mejorar en algún aspecto.

CIERRE

Quiero agradecerte profundamente la dedicación de tu tiempo para compartir tus experiencias y opiniones en esta entrevista. Tu participación es muy importante y nos ayuda enormemente. Lo que has contado contribuirá a comprender mejor cómo se enfrenta la esquistosomiasis en vuestras comunidades y cómo se puede abordar de manera más eficaz. Muchas gracias por tu tiempo y por abrirnos las puertas a tu vida.

Suna na Haizea Prados kuma ni daliba ce a shirin digiri na biyu (Master's) a fannin Ci gaban Al'umma da Hadin gwiwar Kasashen Duniya a Jami'ar Basque, wani yanki da ke arewacin Kasar Spain. Ina farin cikin haduwa da ku kuma samun wannan dama na yin magana da ku. Ina matuƙar godiya tun da farko don lokacinku da kuma kyautata zuciyarku wajen raba abubuwan da kuka sani.

Bari in dan bayyana wannan aikin a takaice: wannan tattaunawa wani bangare ne na aikin bincike na na kammala digiri, mai take: **"Matan Kauyuka da Cututtukan da Aka Yi Watsi da su a Najeriya: Hanyoyin Da Damarar Su Ke Hade da Su Ta Hanyar Nazari a Kan Schistosomiasis."** Babban burin wannan aikin shi ne mu fahimci yadda ake fama da wannan cuta a yankunan karkara na Najeriya da yadda take shafar mata da al'umma ta hanyoyi daban-daban. Muryarku a matsayin jagoran al'umma tana da matuƙar mahimmanci domin ba mu hangen nesa daga gaskiyar rayuwa da kuke ciki.

Wannan tattaunawa an tsara ta ne a matsayin hira mai sassauci. Na shirya wasu tambayoyi domin su taimaka wajen tafiyar da tattaunawar, amma ba lallai sai an bi su daki-daki ba. Ina so wannan ya zama musayar ra'ayi mai 'yanci, inda za ku iya bayyana duk wani abu da kuke ganin yana da muhimmanci. Duk abin da za ku iya bayarwa zai zama abin godiya ƙwarai.

Zan kuma so in bayyana wasu bangarorin ladabtari da suka shafi wannan hira: za a kula da duk wata bayani da sirri kuma ba za a danganta ta da sunan kowa ba.

A yayin tattaunawar, za mu tabo batutuwa daban-daban da aka shirya su a cikin sassa wasu za su fi maida hankali ne a kan kwarewarku da rawarku a cikin al'umma ko ƙungiyar da kuke wakiltar, sannan wasu za su tabo fahimtar cutar da tasirinta a rayuwar yau da kullum, musamman ga mata. Shin hakan yana da kyau?

0. GABATARWA

Don in fi fahimtar ku, zan so ku bayyana wasu abubuwa daga rayuwarku:

Zaku iya gaya min shekaru nawa kuke da kuma ko kuna ganin kanku a matsayin namiji ko mace?

Zan kuma so in sani ku na zama da wa ne a gida? Dukkanku dangi daya ne? Kuma yaya dangantakarku da juna take? Wane yare kuke amfani da shi a gida? Kuna da addini? Idan akwai, wane ne?

Sannan, me kuke yi a rayuwar yau da kullum? Kuna aiki ne a cikin gida ko wajen gida? Wane irin aiki ne kuke yi?

1. AL'UMMA DA IYALI NA

Yanzu zan so mu yi magana game da al'ummarku. Da farko, zaku iya fada min sunan al'ummarku da kuma inda take a Najeriya? Tunda ban san yankin ba, zan yi godiya idan za ku bayyana min yadda yankin yake, yadda rayuwa take tafiya, da abin da ya sa yake daban. Wadanne bukukuwa ko al'adu ne mafi muhimmanci a gare ku da al'ummarku?

A cikin al'umma, kuna gudanar da ayyuka da yanke muhimman hukunci. Wadanne irin hukunci ne aka fi yanke? Mutane da yawa ne ke shiga cikin yanke irin wadannan hukunci? Kuna ganin mata da maza suna da dama iri daya a taruka da yanke hukunci?

Kuna da kungiyoyi, haɗin kai ko kungiyoyin al'umma? Mene ne burinsu? Shin akwai waɗanda mata kaɗai ke ciki? Idan haka ne, suna da alaƙa da wani addini? Yaya suke gudanar da kansu (taro, zaman titi, da sauransu)? Al'umma gaba ɗaya na kallon waɗannan kungiyoyi yaya? Maza na kallon su ta wane irin ido?

Shin waɗannan kungiyoyin mata suna taka rawa wajen faɗakarwa kan schistosomiasis ko wasu cututtuka? Ko wani rukuni ne ke yin hakan?

2. RAYUWAR YAU DA KULLUM

A cikin al'ummarku, maza da mata na yin waɗanne irin ayyuka? Wane irin aiki ne mata ke yawan yi? Me yasa kuke ganin hakan ya tabbata kan mata? Yaya ake kallon mutumin da baya fita yin aiki?

Wane ne ke yanke hukunci mafi muhimmanci a cikin gida? Kuma yaya ake yanke su?

A wace shekara yara maza da 'yan mata ke fara taimakawa da ayyukan gida?

A bangaren kuɗi: wa ke kawo kuɗi a gida, kuma wa ke yanke shawarar yadda za a kashe su?

A bangaren lafiya: idan wani ya kamu da rashin lafiya, wa ke yanke shawarar zuwa asibiti? Kuma yaya ake yanke irin wannan shawara? Maza da mata na fuskantar kalubale iri ɗaya wajen zuwa asibiti? Idan ba haka ba, menene bambancin?

3. SANIN SCHISTOSOMIASIS

Yanzu za mu maida hankali kan schistosomiasis, wata cuta da kwayar cuta ke haifarwa ta hanyar shiga jikin mutum daga fata idan ya shiga ruwa mai kazanta kamar kogi ko tafki. Wannan kwayar cuta (ko kwaron ruwan) na iya haifar da matsala ga hanta, hanji ko mafitsara. Alamominta na iya hada da zazzabi, ciwon ciki da gajiya. Cutace da ke yawan faruwa a yankunan da ke da ruwa mara tsafta inda mutane ke yin wanka ko kamun kifi.

Shin kun taɓa jin labarin wannan cuta, ko a cikin ko wajen al'ummarku? Akwai wani suna da ake kiranta da shi a nan? Kun san wasu da suka taɓa kamuwa ko da yanzu suna da ita? Kun san dalilin da ke haddasa ta? Ana magana a kai a cikin al'umma? A cikin shekaru goma da suka wuce, kuna ganin yawan masu fama da ita yana karuwa ko raguwa?

Idan kai ko wani ya kamu da schistosomiasis, menene canjin da ke faruwa a rayuwar yau da kullum?

4. SCHISTOSOMIASIS A RAYUWA TA YAU DA KULLUM

Ruwa, tsafta da aiki a gida da waje
Ayyukan da suka shafi ruwa kamar noman rani, kamun kifi, wanke kaya ko debo ruwa, wa ke yawan yin su a al'umma? Idan kai kanka kana yi, ina kake zuwa debo ruwa? A wasu wurare, ana barin mata da 'yan mata su yi irin waɗannan ayyuka. Me yasa kuke ganin haka yake?

Ruwan da kuke da shi a al'umma yana da tsafta? Yana da aminci ga shan ruwa? Za a iya kamuwa da cuta daga ruwan da ke cikin gida? Idan wani ya kamu da ciwo, wa ke kula da shi?

Me za ku ce game da bandaki a al'ummarku? Ina suke? Ana iya samunsu da sauki? Ana da bandakin maza daban da na mata?

Schistosomiasis a gabobin haihuwa (Genital Schistosomiasis)
Schistosomiasis na iya shafar gabobin haihuwa. Kun taɓa jin labarin hakan? Ana iya magana a fili akai a al'ummarku?

Idan mace na fama da ciwo ko zubar jini da ba a saba gani ba, ina zata iya zuwa? Yaya wannan cuta ke shafar dangantakar iyali ko soyayya?

Tunda rashin haihuwa na iya zama sakamakon wannan nau'in schistosomiasis, kuna ganin hakan yana shafar mata sosai? Suna fuskantar wariya? Maza ma na fuskantar irin wannan?

Shin ana da cikakken fahimta game da cututtukan da ke shafar lafiyar gabobin jima'i a cikin al'umma? Wani lokaci ana rikita su da cututtukan jima'i ne?

Ana jin tsoro ko kunya wajen tattauna irin waɗannan batutuwa? Me kuke ganin ke haddasa hakan?

Schistosomiasis da lafiyar al'ada (period)

Schistosomiasis na da alaƙa da jini a fitsari, wanda zai iya rikicewa da jinin al'ada a wajen mata. A al'ummarku, ana tattauna lafiyar jinin al'ada?

Mata na samun isassun kayan tsaftar al'ada da ruwa mai tsafta a lokacin hails? Shin wasu dabi'un tsaftar al'ada na iya kara haɗarin shiga ruwan da ke da kwayoyin cuta?

Ji da motsin zuciya game da kamuwa da schistosomiasis

A ganinku, yaya mutum ke jin kansa idan yana da wannan cuta? Kuna ganin tana shafar mutum ta fuskar zuciya?

Kuna da wata labari ko kwarewa da ta taba zuciarku game da wannan cuta a al'umma?

Yaya kuke jin kanku yayin da kuke magana game da wannan batu? A al'umma, wa mutum ke zuwa wajensa idan yana cikin bakin ciki, tsoro ko damuwa?

5. KIWON LAFIYA, RIGAKAFI DA MUHALLI

Yaya tsarin da ake bi idan wani a gida ya kamu da schistosomiasis? Kuna zuwa cibiyar lafiya? Tana kusa da ku? Kuna ganin suna da magani da likitoci masu kwarewa? Akwai kuɗin magani? Yana da tsada?

Kuna ganin gwamnatin Najeriya ko gwamnati suna ba da isasshen tallafi don magance wannan cuta?

Me kuke ganin ake bukata don magance schistosomiasis da ba a samu ba a al'ummarku?

6. TALLAFI DAGA KUNGIYOYI

Shin kungiyoyin gwamnati, NGO ko ma'aikatan lafiya sun taɓa zuwa al'ummarku don yin magana game da schistosomiasis ko yin aikin rigakafi/magani? Wa suka fi mayar da hankali akai? Kun halarta da kanku?

Kuna ganin kungiyoyin da ke cikin al'umma kamar kungiyoyin mata, masu sa kai ko shugabannin addini suna da muhimmiyar rawa a irin wannan aiki? Sun halarta?

A karshe, zan so in sani yaya al'ummarku ta amsa wannan cuta, kuma ko akwai wata hanya da za a inganta tallafin da kuka samu daga waje?

KAMMALAWA

Ina son in yi muku godiya sosai da kuka ba da lokaci domin raba kwarewarku da ra'ayoyinku a wannan hira. Shiga ku cikin wannan bincike yana da matuƙar mahimmanci kuma yana taimaka mana sosai. Abubuwan da kuka bayyana za su taimaka wajen fahimtar yadda ake fama da schistosomiasis a al'ummarku da yadda za a iya magance ta da kyau. Na gode kwarai da lokacinku da kuma bude mana kofar shiga rayuwarku.

www.hegoa.ehu.eus