

MUJERES AFRICANAS

Derechos sexuales y reproductivos

en el tejido asociativo de Bizkaia

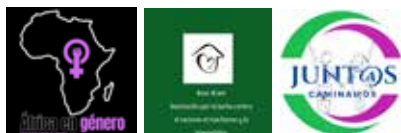




Una publicación de: Nazioarteko Elkartasuna-Solidaridad Internacional

C/ Conde Mrasol 7bajo, 48003 Bilbao
+34 94 479 22 58 / solidaridadol-inter.org
www.solidaridadsi.org

Investigadora y coordinadora / Dinamizadora social: **Anita Hichaicoto**
Colaboradoras en la investigación: **Aram Diouf y Josefina Bindang**



Financiado por: Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la
Diputación Foral de Bizkaia



Octubre 2025



Índice

Índice de Gráficos.....	3
Índice de Tablas.....	3
Abreviaturas y Términos Clave.....	4
Resumen.....	5
Introducción	6
Planteamiento del Problema	7
Estructura del Documento	7
1. Marco Teórico y Conceptual	8
1.1. Enfoques de la Salud Sexual y Reproductiva en las Principales Religiones de África.....	9
1.1.1. Religión Tradicional Africana (ATR), Cristianismo e Islamismo.....	9
1.1.2. Prácticas Tradicionales Nocivas para la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y la Niña.....	10
1.2. Redes de Apoyo y Tejido Asociativo Africano en Bizkaia.....	10
1.2.1. Análisis de las Organizaciones Africanas en Bizkaia.....	10
1.2.2. El Tejido Asociativo como Extensión Transnacional de Estructuras Tradicionales.....	11
1.2.3. Dinámicas de poder en el Tejido Asociativo Africano	11
1.3. Marco Legal y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva.....	11
1.3.1. Marco Legal Internacional y Continental	11
1.3.2. Marco Legal y Políticas en España y Euskadi	12
2. Principales Características de las Personas Encuestadas	13
2.1. Perfil de las Participantes.....	14
2.2. Percepción de la SSR en el tejido Asociativo	17
3. Derechos Sexuales.....	18
3.1. Educación Sexual.....	19
3.2. Libertad Sexual: Percepciones y Autonomía.....	20
3.3. Discriminación, Presión y Violencias Sexuales	22
3.3.1. Percepciones y Desafíos en la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	23
4. Derechos Reproductivos	24
4.1. Maternidad y Conciliación Laboral	25
4.1.1. Conocimiento de los Derechos Laborales Postparto	25
4.2. Salud Reproductiva: Intersecciones de Precariedad y Discriminación	26

4.2.1. Perspectivas sobre el Aborto: Complejidad Ética, Cultural y Sanitaria	26
4.2.2. Violencia Obstétrica: Una Intersección de Racismo, Capacitismo y Autonomía Reproductiva.....	27
4.2.3. Percepción de Seguridad en la Atención Ginecológica y Frecuencia de Revisión.....	28
4.3. Planificación Familiar y Anticoncepción: Discrepancias entre Normativa y Práctica	29
4.3.1. Discrepancia entre la Importancia Percibida y la Realidad de la Planificación	29
4.3.2. Concepción de la Maternidad en África.....	30
4.3.3. Percepciones y Uso de Anticonceptivos: Barreras y Desafíos.....	30
4.3.4. Percepciones sobre el Acceso y Uso de Anticonceptivos.....	31
5. Dinámicas de poder y liderazgo de género en el tejido asociativo migrante africano en Bizkaia: implicaciones para la salud sexual y reproductiva femenina	33
6. Conclusión	35
7. Recomendaciones.....	36
8. Bibliografía	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Adscripción religiosa	16
Gráfico 2. País de procedencia e influencia religiosa.....	16
Gráfico 3. Fuentes de conocimiento sobre higiene femenina	19
Gráfico 4. Rol del hombre en la decisión de cuándo tener relaciones sexuales..	20
Gráfico 5. Exclusividad en las relaciones sexuales.....	21
Gráfico 6. Conocimiento de los derechos laborales postparto.....	26
Gráfico 7. Percepción de la maternidad como una amenaza o estigma.....	28

Índice de Tablas

Tabla 1. Franja etaria de las participantes.....	14
Tabla 2. Perfil demográfico por país de origen.....	15
Tabla 3. Tendencia hacia la autonomía corporal y decisional	22

Este índice recopila las abreviaturas, siglas y términos especializados utilizados a lo largo del documento, con el fin de clarificar su significado y asegurar una comprensión unificada.

Abreviaturas y Siglas:

ATR: Religión Tradicional Africana
CAE: Comunidad Autónoma Vasca
CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
MGF: Mutilación Genital Femenina
ONU: Organización de las Naciones Unidas
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
UA: Unión Africana
UE: Unión Europea

Términos Clave:

Aborto inducido: Interrupción voluntaria del embarazo por decisión de la mujer.
Anticonceptivos hormonales transdérmicos: Métodos que liberan hormonas a través de la piel, como el parche anticonceptivo.
Capacitismo: Discriminación hacia personas con discapacidad o bajo nivel educativo.
Consuetudinario: Basado en la costumbre o tradición, especialmente en el ámbito legal.
Corresponsabilidad: Reparto equitativo de responsabilidades, especialmente en el cuidado familiar.
Discurso institucional de igualdad: Retórica de igualdad que no siempre se traduce en cambios reales o efectivos.
Educación sexual integral: Educación completa sobre sexualidad, género, relaciones, prevención y derechos.
Feminismo poscolonial: Corriente que critica el feminismo occidental por no considerar las experiencias del Sur Global.
Hipersexualización: Percepción estereotipada que exagera los aspectos sexuales de una persona.
Interseccionalidad: Enfoque que analiza cómo se cruzan distintas formas de opresión (género, raza, clase, etc.).
Maternidad monomarental: Familia encabezada únicamente por una madre.
Planificación familiar: Decisiones informadas sobre si tener hijas/os, cuándo y cuántas/os.
Poliginia: Forma de matrimonio donde un hombre tiene varias esposas (diferente de poligamia general).
Racismo estructural: Discriminación racial institucionalizada en políticas, leyes o estructuras sociales.
Sororidad: Solidaridad entre mujeres basada en experiencias comunes de opresión.
Tejido asociativo: Conjunto de asociaciones y redes de apoyo comunitarias.
Violencia obstétrica: Maltrato o trato deshumanizado a mujeres durante el embarazo, parto o posparto.

Resumen

La presente investigación, impulsada por Nazioarteko Elkartasuna-Solidaridad Internacional, aborda, desde un enfoque crítico e interseccional, las percepciones y experiencias de mujeres africanas migrantes en Bizkaia en relación con sus derechos sexuales y reproductivos (DSR). El estudio examina la compleja interacción de factores socioculturales, religiosos, económicos y migratorios que influyen en el conocimiento, la autonomía y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. El trabajo se posiciona desde una perspectiva de género no sexista y antirracista, con el fin de visibilizar las realidades específicas de estas mujeres.

El objetivo general es realizar un análisis crítico y participativo de las percepciones y opiniones de las mujeres, incluyendo lideresas y participantes de asociaciones africanas en Bizkaia, para identificar necesidades y proponer recomendaciones estratégicas.

Los objetivos específicos incluyen:

- **Analizar las percepciones y opiniones de las mujeres** en el ámbito personal y social, prestando especial atención al **entorno asociativo**.
 - Recoger el **enfoque intergeneracional** en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres africanas, identificando brechas y continuidades.
 - Identificar **necesidades** y formular **recomendaciones** basadas en el estudio y análisis de las experiencias de las mujeres.
 - Desarrollar y **recopilar posibles recursos** que respondan a las necesidades detectadas, promoviendo la autonomía y el acceso equitativo a los DSR.
 - Visibilizar la interseccionalidad de las opresiones que enfrentan las mujeres africanas migrantes, **fortaleciendo su autonomía y empoderamiento**.
-

Para dar respuesta a estos objetivos se utiliza una metodología de carácter mixto, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos para una comprensión integral de las percepciones y opiniones que de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres africanas. La muestra consistió en 39 mujeres africanas, incluyendo 10 lideresas, pertenecientes a 11 asociaciones africanas en Bizkaia. La investigación se estructuró en varias fases metodológicas: **observación participante** para analizar la dinámica asociativa y las estructuras de poder de género; diseño deductivo para elaborar una hoja de ruta específica; **recogida de datos cuantitativos mediante encuestas y cuestionarios**; recogida de datos cualitativos a través de

entrevistas semiestructuradas; y la realización de talleres informativos participativos para facilitar un espacio de diálogo seguro. El proceso metodológico reveló tabúes culturales significativos y una reticencia inicial a abordar la sexualidad, lo que validó la necesidad de implementar estrategias sensibles y contextualizadas.

Los hallazgos de la investigación revelan una dualidad entre la creciente autonomía y las persistentes barreras. En el ámbito del conocimiento y la autonomía, se observó que el entendimiento de los DSR es mayoritariamente discursivo en lugar de práctico. Aunque existe una fuerte influencia de normas religiosas y culturales que restringen la sexualidad al ámbito marital y reproductivo, se evidencia una agencia creciente: el 44% de las mujeres se opone a la obligación sexual, el 46% apoya el uso de anticonceptivos y el 49% está en desacuerdo con la prohibición del aborto. Sin embargo, un 36% aún no se percibe con derecho a decidir sobre su propio cuerpo. La educación sexual formal es deficiente, con solo un 27% de las mujeres habiéndola recibido en sus países de origen y menos de un 10% en Bizkaia.

En cuanto a la prevención de ETS y los roles de género, se identificó una brecha significativa en el uso de métodos preventivos: el 40% conoce el condón externo, pero solo el 20% lo utiliza, y el conocimiento sobre el condón interno o la vacuna contra el VPH es casi nulo. La persistencia de roles de género tradicionales es palpable, ya que el 100% de las encuestadas considera que la protección es responsabilidad del hombre, a pesar de que un 36% aboga por la corresponsabilidad. Además, las barreras socioeconómicas y administrativas (dependencia económica, precariedad laboral) impactan directamente el acceso a la salud reproductiva. En la atención ginecológica, las mujeres reportan experiencias de violencia obstétrica percibida, racismo y barreras idiomáticas, lo que se refleja en que un 42% no acuda a revisiones periódicas. Un 26% percibe que su maternidad es estigmatizada.

Finalmente, el estudio subraya una brecha intergeneracional en la comunicación sobre sexualidad, impulsada por tabúes culturales que limitan el diálogo entre madres y adolescentes, lo que fomenta la autoeducación en las jóvenes. **Las conclusiones enfatizan la necesidad urgente de intervenciones interseccionales que promuevan una educación sexual integral y práctica,** aborden la equidad de género en el ámbito sexual y reproductivo, y eliminen las barreras estructurales en el acceso a servicios de salud. Es fundamental que las políticas y programas reconozcan y fortalezcan la agencia de estas mujeres, fomenten el diálogo intergeneracional y garanticen una atención sanitaria libre de discriminación.

Introducción

La presente investigación se inscribe en el marco del proyecto “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes africanas de Bizkaia: promoción y formación en materia de derechos por la igualdad”, impulsado por Nazioarteko Elkartasuna - Solidaridad Internacional. Este estudio se posiciona en la intersección crítica de la **desigualdad de género, la migración femenina africana y los derechos sexuales y reproductivos (DSR)**, un ámbito que requiere imperativamente una lente **interseccional**. La **interseccionalidad**, un concepto central en este análisis, nos permite dilucidar cómo diversas dimensiones de la identidad social y política, como el género, la raza, el origen nacional y el estatus migratorio, se superponen y convergen para forjar experiencias singulares y multifacéticas de discriminación y privilegio (Crenshaw, 1989; Collins, 2000). Esta perspectiva es crucial para aprehender la complejidad de las opresiones que afectan a las mujeres racializadas.

A nivel global, la historia evidencia que las mujeres han enfrentado y continúan en-

frentando impedimentos significativos para el ejercicio pleno de sus DSR. Estas barreras se intensifican para las mujeres migrantes, especialmente aquellas de ascendencia africana, quienes están expuestas al **racismo estructural** y a los duraderos **legados del colonialismo**. El **racismo estructural** se manifiesta a través de sistemas y políticas que perpetúan la discriminación racial, impactando su acceso a servicios esenciales como la salud, el empleo y la justicia (Davis, 1981; Hooks, 1995). Asimismo, los **enfoques poscoloniales**, como los articulados por Oyěwùmí (1997), posibilitan entender cómo las dinámicas de poder históricas y la influencia occidental han continuado moldeando las estructuras sociales y las percepciones sobre la sexualidad y la reproducción en las comunidades africanas. Oyěwùmí, en particular, cuestiona la universalidad de las categorías occidentales de género, sugiriendo que las sociedades africanas precoloniales a menudo no se organizaban bajo sistemas de género binarios y rígidos, lo que subraya la imposición de ciertas nociones de género a través del proceso colonial.

En sus países de origen, las mujeres africanas a menudo experimentan la vulneración de sus derechos debido a la influencia de tradiciones, normativas religiosas y estructuras político-estatales patriarcales (Mama, 2007). El trayecto migratorio, lejos de aliviar estas violencias, las agudiza, exponiendo a las mujeres a nuevas manifestaciones de violencia de género, tanto durante el tránsito como en el país de destino. Este complejo panorama se ve agravado por las perspectivas religiosas predominantes en África en relación con la salud sexual y reproductiva (SSR), así como por la persistencia de prácticas tradicionales perjudiciales que impactan negativamente la SSR de mujeres y niñas, a menudo estigmatizando la sexualidad femenina y coartando la autonomía corporal (Steady, 1981).

Planteamiento del Problema

El estudio aborda cómo las mujeres africanas en el tejido asociativo de Bizkaia perciben y ejercen sus DSR teniendo en cuenta la anterior contextualización. A pesar del rol positivo de estas organizaciones, pueden reproducir dinámicas tradicionales que restringen la autonomía de las mujeres. Existe una **brecha entre el conocimiento teórico y la práctica efectiva** de los DSR, influenciada por normas religiosas y culturales restrictivas, la precariedad socioeconómica, el racismo en los servicios de salud y los roles de género tradicionales. Esta situación limita la autonomía reproductiva y la capacidad de decisión. La investigación busca responder cuestiones como; ¿Cómo perciben y ejercen las mujeres africanas del tejido asociativo de Bizkaia sus DSR, y qué factores culturales/religiosos influyen? ¿Cómo impactan el contexto migratorio y el racismo estructural en el ejercicio de estos derechos? ¿Qué barreras enfrentan para acceder a servicios de SSR de calidad y libres de violencia? ¿Cómo se manifiesta la brecha intergeneracional en la SSR, y qué estrategias de comunicación son necesarias? y ¿Cuál es el papel del tejido asociativo en la promoción o limitación de los DSR, y qué propuestas son pertinentes?

En definitiva, este estudio es crucial para visibilizar la interseccionalidad de las opresiones que enfrentan las mujeres africanas migrantes, fortaleciendo su autonomía y empoderamiento. Se enmarca en el contexto asociativo ya que, trabajando desde el mismo, se puede contribuir a la promoción de políticas públicas inclusivas y al mejoramiento de las prácticas de las organizaciones civiles, promoviendo la justicia social y reproductiva al garantizar que todas las mujeres puedan ejercer plenamente sus DSR.

Estructura del Documento

El documento se organiza en una Introducción que contextualiza el estudio, seguida de un Marco Teórico y Conceptual que explora las influencias religiosas, las prácticas tradicionales y el marco legal. A continuación, se presenta un análisis de las Principales Características de las Personas Encuestadas y su Percepción de la SSR en el tejido Asociativo. Seguidamente, se abordan los Derechos Sexuales y posteriormente los Derechos Reproductivos, la Planificación Familiar y Anticoncepción, así como las Dinámicas de poder y liderazgo de género en el tejido asociativo. El informe concluye con un apartado de Recomendaciones y la Bibliografía.

An abstract graphic design featuring a central orange circle containing the text '-1- Marco Teórico y Conceptual'. The background is a light beige color, decorated with various organic shapes: a large teal circle at the top right, a red circle at the top right, a red circle at the bottom right, and a red circle on the left. There are also green leaf-like shapes, including a cluster of small green ovals at the top left, a large green leaf on the right, and a green branch with leaves at the bottom. In the bottom left corner, there is a stylized profile of a woman with dark skin, wearing an orange headscarf and a large orange earring, looking towards the right.

-1-
Marco Teórico
y Conceptual

Este trabajo se sustenta en distintos conceptos conectados entre sí que son imprescindibles para interpretar la realidad de las mujeres migrantes africanas. **La interseccionalidad**, propuesta por Crenshaw (1989) y desarrollada por Collins (2000), es una herramienta analítica indispensable que revela cómo categorías sociales y políticas como el género, la raza, el origen nacional, el estatus migratorio y la clase se imbrican y superponen, generando experiencias de discriminación y privilegio únicas y multifacéticas. Esta perspectiva es crucial para evitar la homogeneización de las vivencias de las mujeres migrantes y para diseñar intervenciones contextualizadas. En este entramado de opresiones, el **racismo estructural** se manifiesta como la normalización e institucionalización de patrones de desigualdad racial en las políticas, prácticas y sistemas sociales (hooks, 1995; Davis, 1981), impactando desproporcionadamente el acceso de las comunidades racializadas a recursos vitales como la salud, la vivienda y el empleo, y exacerbando su vulnerabilidad. Paralelamente, el **feminismo poscolonial** (Mohanty, 1988; Spivak, 1988) emerge como una crítica a las limitaciones del feminismo occidental hegemónico, desafiando las nociones eurocéntricas de género y empoderamiento al visibilizar cómo el legado colonial y las dinámicas de poder globales siguen configurando las vidas de las mujeres del Sur Global. Finalmente, la **sororidad** (Lagarde, 1990) se concibe como la hermandad y solidaridad entre mujeres, un pilar esencial para el apoyo mutuo, la construcción de espacios seguros y el empoderamiento colectivo frente a las adversidades compartidas, incluyendo las violencias de género y las barreras en el acceso a los DSR. Estos conceptos no solo son marcos teóricos, sino que se materializan en la desigualdad de género y la migración femenina africana, donde la interconexión de las opresiones es palpable.

En este marco, se comprende cómo la **desigualdad de género y la feminización de la migración africana se entrelazan profundamente con el proceso migratorio de las mujeres, marcado por la persistencia de la tradición y la religión como algunos de los factores que moldean sus DSR.**

África es un continente de inmensa diversidad cultural, social y política, con una multiplicidad de sistemas legales y estructuras de gobernanza. Sin embargo, en lo concerniente a los DSR de las mujeres, muchos contextos africanos enfrentan desafíos que obstaculizan la plena realización de sus derechos. A pesar de la existencia de marcos legales y constitucionales, la falta de praxis legal y la ausencia de políticas públicas robustas para proteger los derechos de las mujeres africanas constituyen un obstáculo considerable (Mama, 2007). Esto se manifiesta en un acceso limitado a la justicia, la persistencia de desigualdades de género en los ámbitos económico y político, y la vulneración de derechos fundamentales. Además, la coexistencia de sistemas legales duales —el derecho moderno y el derecho tradicional— a menudo opera en detrimento del respeto a los derechos humanos de las mujeres africanas, creando una compleja interacción de factores sociales, económicos y estructurales que, en última instancia, motiva la migración femenina. El proceso migratorio expone a las mujeres africanas a un continuo de violencia de género, desde la falta de protección en origen hasta la irregularidad legal, el racismo y la exclusión social en destino. Esta vulnerabilidad se complejiza aún más por los enfoques de la salud sexual y reproductiva en las principales religiones de África, que, aunque comparten puntos comunes sobre la moralidad sexual y la procreación, difieren notablemente en aspectos como el control de la natalidad y la educación sexual.

1.1. Enfoques de la Salud Sexual y Reproductiva en las Principales Religiones de África

Aunque la comprensión de la salud sexual y reproductiva (SSR) puede variar entre las religiones predominantes en África, todas convergen en la centralidad del matrimonio, la procreación y la moralidad sexual, así como en la promoción general del bienestar. No obstante, se observan divergencias significativas en temas como el control de la natalidad, el uso de anticonceptivos y la educación sexual. Generalmente, el islam y el protestantismo tienden a adoptar posturas más conservadoras, mientras que ciertas corrientes del catolicismo evidencian una mayor flexibilidad en estas cuestiones.

1.1.1. Religión Tradicional Africana (ATR), Cristianismo e Islamismo

En la **cosmovisión tradicional africana (ATR)**, la sexualidad es un concepto multidimensional, intrínsecamente ligada a la fertilidad y concebida como motor para la reproducción, la productividad y la protección del entorno natural y comunitario. La SSR, desde esta perspectiva, es holística, abarcando el bienestar físico, emocional,

social y psicológico, y se fundamenta en conocimientos ancestrales y un profundo respeto por la naturaleza. Es importante destacar que, a diferencia de las concepciones occidentales, el derecho consuetudinario africano no confiere a los individuos una autoridad exclusiva sobre sus decisiones sexuales o reproductivas; estas son el resultado de un consenso negociado con la familia extensa, la comunidad y los líderes tradicionales (Oyěwùmí, 1997). Por otro lado, el **cristianismo**, a pesar de su adaptabilidad aparente, ha instrumentalizado costumbres locales para imponer doctrinas bíblicas de castidad, obediencia y fidelidad, asignando históricamente a la mujer un rol secundario y reproductivo. Finalmente, el **islamismo** se percibe como una forma de vida integral, donde, si bien el Corán establece una igualdad intrínseca en valor espiritual entre hombres y mujeres (Corán 9:71), sus roles sociales y familiares se conciben como complementarios y diferenciados. Tradicionalmente, la mujer asume la guarda del hogar y la protección del honor familiar, a menudo a través del recato en la vestimenta (Corán 24:31), y se fomenta el matrimonio temprano con la promesa divina de provisión (Corán 24:32).

1.1.2. Prácticas Tradicionales Nocivas para la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y la Niña

En el contexto africano, la SSR de mujeres y niñas se ve gravemente comprometida por **prácticas tradicionales nocivas**. Estas costumbres, arraigadas en creencias culturales y religiosas, tienen como objetivo central el control de la sexualidad femenina. A pesar de su ilegalidad en los sistemas jurídicos formales, su persistencia se debe a su validación en el derecho consuetudinario y religioso, lo que genera una dicotomía legal y cultural que dificulta su erradicación.

Entre las prácticas más destacadas se encuentran la **mutilación genital femenina (MGF)**, el matrimonio infantil, la maternidad temprana, el aplanamiento de senos, el estrechamiento vaginal y la aplicación de sustancias irritantes en la vagina como forma de castigo. La normalización y aceptación social de estas prácticas en ciertas comunidades explican su prevalencia continua, pese a sus documentados efectos perjudiciales para la salud y el bienestar.

La erradicación de estas prácticas representa un desafío multifacético que va más allá de la mera penalización legal. Las estrategias deben ser **afectivas y multidimensionales**, incluyendo el fortalecimiento del marco jurídico y su aplicación, programas de educación y sensibilización comunitaria, el empoderamiento de mujeres y niñas, y la colaboración multiactor.

1.2. Redes de Apoyo y Tejido Asociativo Africano en Bizkaia

Las redes de apoyo son fundamentales para mitigar los riesgos de exclusión social y facilitar la integración de las personas migrantes. Sirven como puente entre las personas y la administración pública, facilitando el acceso a servicios y recursos esenciales. El tejido asociativo es crucial para superar barreras idiomáticas y la brecha digital, además de contribuir a la alfabetización, formación y acceso a servicios básicos de subsistencia, reduciendo la pobreza y la exclusión social.

En este contexto, las mujeres africanas encuentran en las asociaciones un espacio de convivencia y empoderamiento donde forjan redes de sororidad. Estas interacciones propician el desarrollo de estrategias de feminismo poscolonial africano, que reflejan sus experiencias y perspectivas únicas y desafían las narrativas hegemónicas.

1.2.1. Análisis de las Organizaciones Africanas en Bizkaia

Para comprender la percepción y opinión sobre la salud sexual y reproductiva dentro del tejido asociativo africano en Bizkaia, es esencial analizar el comportamiento y la estructura interna de estas organizaciones.

El tejido asociativo africano en Bizkaia es heterogéneo y se estructura en diversas tipologías:

- **Asociaciones lideradas por individuos africanos:** Operan en múltiples esferas, desde la promoción cultural hasta el desarrollo y la solidaridad intergrupala (ej. AMAFRIKA).
- **Asociaciones basadas en la nacionalidad:** Fomentan la integración y la fraternidad entre personas del mismo país de origen (ej. Unión de los Senegaleses de Bizkaia Terranga, Asociación Kawral Fulbe Afrik Elkartea - ASKAFAE).
- **Asociaciones configuradas por lazos étnicos o tribales:** Promueven la cohesión entre miembros de un mismo grupo, incluso si existen asociaciones nacionales más amplias (ej. "Oganihu" de la comunidad Igbo).
- **Asociaciones de carácter religioso:** Agrupan a miembros según su adscripción religiosa (ej. Asociación de Mujeres Musulmanas Bidaya, África Cooperate de cristianos evangélicos).

1.2.2. El Tejido Asociativo como Extensión Transnacional de Estructuras Tradicionales

El tejido asociativo africano en la diáspora puede interpretarse como una manifestación de la persistencia de las estructuras sociopolíticas tradicionales más allá de las fronteras nacionales. Estas estructuras, con sus propias autoridades y códigos normativos, se reconstituyen en los territorios de acogida. Sin embargo, esta transnacionalización conlleva el riesgo de extender y normalizar prácticas tradicionales perjudiciales para la SSR de mujeres y niñas, que pueden quedar ocultas dentro de estas redes.

1.2.3. Dinámicas de poder en el Tejido Asociativo Africano

Desde una perspectiva organizacional, las asociaciones africanas en Bizkaia exhiben un marcado desequilibrio de género en sus liderazgos, con una predominancia masculina justificada por argumentos sobre la supuesta falta de voluntad femenina o sus responsabilidades domésticas. Esta dinámica revela una **sexualización del poder** arraigada en estructuras de autoridad tradicional, religiosa y familiar. En contraste, las mujeres han desarrollado **grupos informales paralelos** con objetivos y liderazgos propios, demostrando autonomía. Las mujeres en posiciones de liderazgo formal a menudo enfrentan aislamiento y una carga desproporcionada de responsabilidades, exacerbada por la limitada capacidad económica y el cuestionamiento de su liderazgo por parte de algunos varones.

1.3. Marco Legal y Políticas de Salud Sexual y Reproductiva

1.3.1. Marco Legal Internacional y Continental

- **Naciones Unidas (ONU):** La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su artículo 12, insta a los Estados partes a garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de todas las mujeres.
- **Unión Europea (UE):** Ha adoptado la Resolución de 24 de junio de 2021 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, en el marco de la salud de las mujeres (2020/2215(INI)).

- **Unión Africana (UA):** Aunque no ha promulgado leyes específicas sobre SSR a nivel continental, el “Protocolo de Maputo” (Carta Africana sobre los Derechos de la Mujer en África), adoptado por 40 de sus 55 miembros, en su artículo 14, reconoce el derecho de las mujeres africanas a la salud, incluida la SSR.

1.3.2. Marco Legal y Políticas en España y Euskadi

A nivel nacional, los DSR en España se establecen en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

En el País Vasco, aunque no existe una ley específica en materia de SSR, se apoya en la Ley Orgánica 2/2010 e incorpora diversas políticas y programas para promoverla. Las políticas autonómicas de género en SSR en Euskadi se orientan a garantizar el acceso equitativo a servicios, información y educación, eliminando barreras. Se centran en la prevención de embarazos no planificados e ITS, la provisión de servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), y la promoción de la salud materno-infantil y la planificación familiar. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud integra la educación afectivo-sexual en los currículos educativos.

Además, en el País Vasco, los DSR son considerados fundamentales:

- **La Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres** y otras normativas del Gobierno Vasco establecen el marco para la garantía de los DSR.
- **Emakunde**, el Instituto Vasco de la Mujer, promueve la igualdad de género y la protección de los DSR.
- **Berdindu**, un servicio del Gobierno Vasco, ofrece información y apoyo legal sobre DSR.
- La creación de un **Observatorio Vasco de los Derechos Sexuales y Reproductivos** está contemplada para el seguimiento y evaluación de políticas.





-2-

Principales Características de las Personas Encuestadas

2.1. Perfil de las Participantes

El presente estudio investigó a **39 mujeres africanas migrantes en Bizkaia**, revelando un perfil multifacético en términos de variables sociodemográficas cruciales para comprender sus percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

La edad cronológica de las participantes presentó complejidades inherentes al contexto migratorio. Las inconsistencias entre la edad declarada y la real son atribuibles al registro tardío de nacimientos en muchas regiones subsaharianas, así como a la manipulación estratégica de la edad para sortear barreras de acceso a derechos fundamentales, en el país de origen y de acogida (Brits, 2023; Neslen, 2018). El análisis por franjas etarias fue indispensable para desglosar la variabilidad en la percepción de la SSR.

El grupo más numeroso (con 16 participantes) se situó entre los 30 y 40 años, seguido por las mujeres mayores de 50 años (con 7 participantes) y el segmento de 18 a 30 años (con 7 participantes). El segmento de 40 a 50 años contó con 8 participantes en total, y las menores de 17 años constituyeron la menor proporción, con tan solo una participante. Esta desagregación etaria es fundamental para dilucidar cómo las diferentes etapas vitales y el acceso a la información contextualizan las perspectivas sobre la SSR.

Tabla 1 - Franja etaria de las participantes

Franja de edad	Cuenta de Franja de edad
De 18 a 25 años	5
De 25 a 30 años	2
De 30 a 35 años	8
De 35 a 40 años	8
De 40 a 45 años	4
De 45 a 50 años	4
Mayor de 50 años	7
Menor de 17	1
Suma total	39

En cuanto al **nivel educativo y alfabetización**, la totalidad de las participantes (100%) demostró habilidades de lectura y escritura en español, su lengua materna o el idioma oficial de su país. Es relevante destacar que el concepto de “educación básica” en este contexto abarca la alfabetización adquirida fuera de los sistemas educativos formales, incluyendo programas comunitarios o instrucción fundamental en escuelas religiosas. La distribución educativa fue la siguiente: 20% se alfabetizó por vías no formales; 10% completó la educación primaria; 22% alcanzó la secundaria; 28% posee formación profesional obtenida en la Comunidad Autónoma Vasca (CAE); 8% culminó estudios universitarios; 6% no cursó formación reglada; y 6% indicó “otra formación”. Se identificó una **correlación inversa entre la edad y el nivel de formación académica**, sugiriendo que las generaciones más jóvenes exhiben un mayor acceso a la educación formal, lo que se atribuye a avances recientes en la equidad de género y la educación, que han logrado mitigar barreras culturales y económicas previas, como el matrimonio infantil o los embarazos precoces. De una muestra de 39 mujeres, se observó que la Formación Profesional en la CAE concentró a 11 participantes, con la mayor densidad en la franja de 30 a 35 años. La educación universitaria fue alcanzada por solo 3 mujeres, todas ellas entre los 35 y 40 años. En cuanto a los niveles básicos, 8 mujeres se alfabetizaron por vías no formales, predominando en los grupos de mayor edad, mientras que 4 cursaron

educación primaria. La educación secundaria fue completada por 9 mujeres, con una distribución amplia en todas las franjas de edad. Además, se registraron 4 casos que no se ajustaron a las categorías principales: una mujer que declaró “otra formación”, 2 indicaron que nunca habían ido a la escuela, y 1 prefirió no responder.

La composición demográfica por país de origen reveló una notable diversidad, con una clara predominancia de mujeres de nacionalidad ecuatoguineana, que representaban el 15 del total. El resto de la muestra se distribuyó entre varios países: Senegal (7), Nigeria (4), Gabón (2), Costa de Marfil (2), Mauritania (1), Guinea Conakry (1), Guinea Bissau (1) y Camerún (1). Adicionalmente, se identificaron 4 mujeres cuyo país de origen se designó de manera genérica como “Guinea”, una categoría que, en el contexto migratorio analizado, se presume se refiere a la República de Guinea (Guinea Conakry).

Tabla 2 - Perfil demográfico por país de origen

País de Origen	Cuenta de País de Origen
Sin respuesta	1
Camerun	1
Costa de Marfil	2
Gabon	2
Guine	1
Guine Ecuatorial	1
guinea	3
Guinea Bisau	1
Guinea Ecuatorial	14
Guinea konakry	1
Mauritania	1
Nigeria	4
Senegal	7
Suma total	39

La **adscripción religiosa** de las participantes es un factor relevante, dada su influencia en la educación y los roles sociales. Se identificaron dos confesiones predominantes: el cristianismo (en sus diversas vertientes) y el islam. De un total de 39 mujeres, el 54% era católica, 29% musulmana, 8% cristiana protestante, 5% de la iglesia reformada, 3% pentecostal y 3% de “otras religiones”. **La correlación entre el país de origen y la adscripción religiosa** es intrínseca. El cristianismo se observó predominantemente entre participantes de África Central y Occidental (catolicismo en Guinea Ecuatorial, Guinea Conakry, Camerún, Gabón, Nigeria; protestantismo en Guinea Ecuatorial; reformismo en Nigeria), mientras que el islam fue dominante entre las originarias de Senegal, Costa de Marfil, Gabón, Guinea Bissau, Guinea Conakry y Mauritania.

Gráfico 1 - Adscripción religiosa

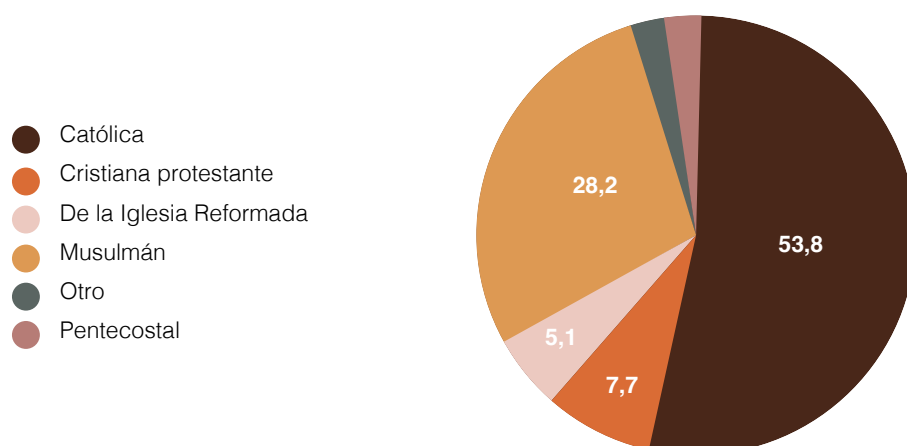
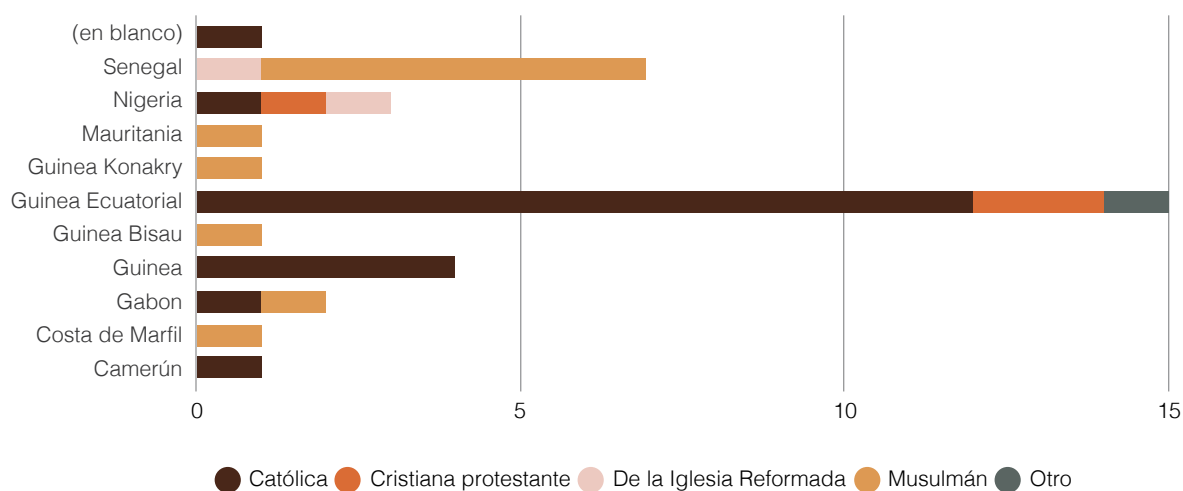


Gráfico 2 - País de procedencia e influencia religiosa



El **estado civil y la situación habitacional** son indicadores críticos de la autonomía y vulnerabilidad. De 39 mujeres encuestadas, 14 eran solteras, 11 estaban en una relación de pareja, 7 casadas, 4 divorciadas, 1 con amante y 2 no responden. El análisis de la **correlación entre estado civil, situación sentimental y situación habitacional** reveló patrones complejos de dependencia económica. el 51% costeaba por sí misma sus gastos de alquiler, el 13% habita en una vivienda familiar, el 31% declara que su novio o marido costeaba los gastos de alquiler, el 2 % tiene un amante, especificando que se trata de un hombre casado, quien le cubría los gastos de alquiler y un 3% no responde.

El **matrimonio consuetudinario**, legalmente reconocido en varios países africanos, presenta complejidades en el contexto migratorio de Bizkaia debido a la ausencia de convalidación legal y los elevados costes/tiempos de tramitación, lo que lleva a mujeres a emplear el término “noviazgo” para describir la cohabitación con sus cóny-

ges. La **percepción y tolerancia** de la poligamia también se adapta a la norma monogámica de Bizkaia, llevando a mujeres con matrimonios polígamos legales en origen a utilizar terminología adaptada para sus esposos en el nuevo contexto.

En relación con la **afiliación de las participantes al tejido asociativo**, de las 39 mujeres encuestadas, 21 se sentían representadas por estructuras asociativas. Sin embargo, se identificó un segmento que, aunque pertenecía a una asociación, no se sentía plenamente identificado, y otro grupo que participaba en redes informales como “Las Mamuris” sin plena identificación con su organización formal. Las afiliaciones formales observadas incluían a la Asociación de Nigerianos en Bizkaia, Baax Yaay, Baobat, Congo Vascas, Asociación Edo, Hally Puty, Asociación Igbo, IRDAS, Junt@s Caminamos / Junt@s y Juntos, Keur Aram y Médicos Sin Fronteras, lo que sugiere una participación selectiva o una identificación parcial con el tejido asociativo existente.

2.2. Percepción de la SSR en el tejido Asociativo

El estudio profundiza en cómo las mujeres africanas, integradas en el tejido asociativo de Bizkaia, perciben y experimentan la salud sexual y reproductiva (SSR), considerando sus vivencias en los países de origen y durante el proceso migratorio.

La **SSR es una temática escasamente abordada** en sus comunidades, percibiéndose con un alto grado de **silencio o tabú**. Las entrevistadas indicaron una expectativa implícita de conocimiento individual sobre estos temas, lo que dificulta su discusión abierta en espacios comunitarios. Este silencio puede atribuirse a normas culturales tradicionales, donde la sexualidad y la reproducción son temas de pudor, discutidos en círculos muy privados o a través de ritos de paso, percibiendo su exposición pública como una transgresión moral. La ausencia de espacios formales o informales para la educación y el diálogo sobre SSR deja a las mujeres sin la oportunidad de aclarar dudas, desmitificar conceptos o acceder a información precisa, lo que puede conducir a decisiones desinformadas o a la persistencia de prácticas perjudiciales. La concepción de la SSR entre estas mujeres trasciende una definición biomédica, abarcando una vida sexual satisfactoria y una maternidad libre de violencias. No obstante, esta perspectiva se entrelaza con raíces tradicionales donde la libertad sexual puede interpretarse como promiscuidad y la fertilidad como un don divino. Esta dualidad resalta la conexión intrínseca entre el bienestar individual y su repercusión comunitaria en el ámbito de la SSR.

Se observa una **dicotomía entre la modernidad discursiva y la tradición** en las experiencias de estas mujeres. Pueden enfrentar un conflicto interno entre los derechos y libertades promovidos por la sociedad de acogida (Bizkaia) y las expectativas y valores inculcados en sus culturas de origen. Esto genera estrés y dificultades en la toma de decisiones sobre su propia SSR. El temor a ser percibidas como “promiscuas” si ejercen su libertad sexual puede llevar a la autocensura y a la evitación de servicios de SSR. Adicionalmente, la noción de la fertilidad como un “don divino” puede implicar una presión social o familiar para tener hijos, afectando su autonomía en la planificación familiar.

En cuanto a las **dinámicas internas del tejido asociativo**, a pesar de su rol fundamental en el acompañamiento al desarrollo sexual de las mujeres, respetando las normas socioculturales y las creencias de género, existe una conciencia generalizada de que la SSR sigue siendo una “asignatura pendiente”. Se percibió una **reticencia por parte de los varones a participar** en las discusiones sobre SSR, lo que, según las entrevistadas, se vincula a una falta de información. Esta situación conduce a que algunos hombres simulen receptividad, pero prefieran debatir estos temas en “espacios de hombres”. Las mujeres, por su parte, debaten la conveniencia de abordar la temática solo en espacios femeninos frente a la necesidad de incluir a los varones para evitar mayor desinformación y rechazo.

A pesar de estos desafíos, se identifican **oportunidades en Bizkaia** para abordar la SSR. Específicamente, dos de las diez lideresas de organizaciones estudiadas están impulsando activamente la inclusión de la SSR en sus asociaciones, con el objetivo de fomentar las libertades sexuales de las mujeres. Este análisis subraya la complejidad de abordar la SSR en el contexto de la migración y la diversidad cultural, destacando la necesidad de estrategias sensibles que consideren tanto las tradiciones como las nuevas realidades.

-3-
Derechos
Sexuales



El análisis de los **Derechos Sexuales** de las mujeres africanas encuestadas revela una compleja interacción entre las normativas culturales, religiosas y las influencias del contexto occidental.

3.1. Educación Sexual

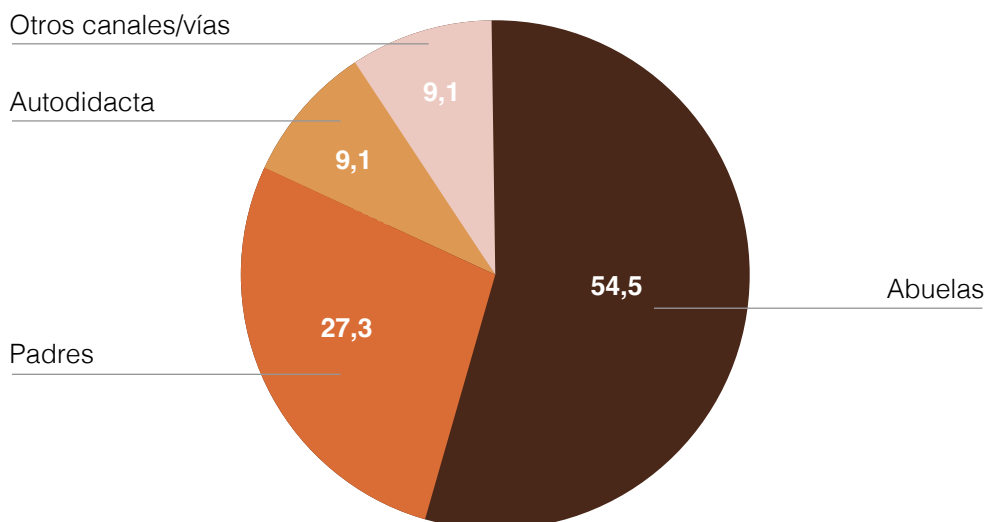
La educación sexual en las comunidades africanas está intrínsecamente ligada a marcos culturales y religiosos que priorizan la pureza y la reproducción dentro del matrimonio, generando un marcado contraste con las perspectivas occidentales y planteando desafíos para las mujeres en su proceso de adaptación. La sexualidad femenina, en este contexto, es un tema multifacético que abarca desde la aceptación explícita del placer hasta su estricta tabuización.

La educación sexual recibida por las mujeres, iniciada con la menarquía (primera menstruación), se centra predominantemente en prácticas de higiene corporal, transmitidas por figuras matriarcales (madres y abuelas). Se percibe una mayor acentuación en África de la higiene femenina, donde la menstruación es vista como una señal para extremar los cuidados, incluyendo el manejo de compresas, el lavado vaginal y el cuidado de la ropa interior.

El análisis de los datos reveló que la transmisión intergeneracional y matriarcal constituye el vector predominante para la educación en materia de higiene femenina entre las 39 participantes, siendo las abuelas la fuente primaria de conocimiento en la mayoría de los casos, representando un 54,5% del total.

Gráfico 3 - Fuentes de conocimiento sobre higiene femenina

Higiene femenina



La **educación sexual tradicional** puede incluir prácticas dañinas con graves repercusiones para la salud, como la mutilación genital femenina (MGF) o las prácticas de estrechamiento vaginal en mujeres no vírgenes, que pueden derivar en condiciones graves como el cáncer pélvico. La confrontación de estas prácticas con la información y el acceso a la salud sexual en el contexto occidental es vital, evidenciándose una “reeducación” en el entorno de acogida, donde la educación sexual abierta en las escuelas de Bizkaia representa un “cambio” significativo.

En cuanto al **acceso a educación sexual extrafamiliar**, fuera del ámbito familiar y con una perspectiva social más integral, los datos muestran que un 53,8% de las mujeres encuestadas recibió educación u orientación se-

xual en su país de origen, principalmente a través de charlas escolares, asociaciones y consultas médicas. Sin embargo, un 43,6 % no tuvo acceso a esta formación, y un 2,6% prefirió no responder.

En Euskadi, la situación muestra una brecha significativa: solo un 25,6% de las mujeres ha recibido este tipo de orientación, adquiriéndola exclusivamente a través de la asistencia médica y charlas en asociaciones, mientras que un 74,4% no la ha obtenido.

3.2. Libertad Sexual: Percepciones y Autonomía

La **libertad sexual** es un concepto percibido como controversial dentro de los marcos religiosos y tradicionales africanos, donde la sexualidad se concibe principalmente dentro del matrimonio y se rige por expectativas de pureza y roles de género. La “libertad sexual” en el sentido occidental genera una tensión con las normativas culturales de origen.

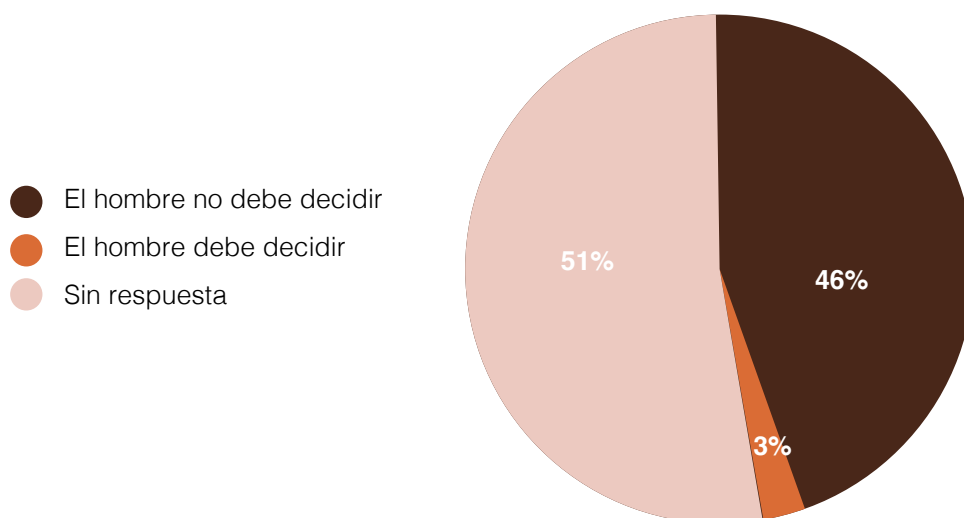
Percepción de la libertad sexual: En la religión musulmana, la sexualidad solo es concebible y accesible dentro del matrimonio. La presión social para la iniciación sexual no existe inicialmente, pero emerge cuando la mujer supera la edad culturalmente establecida para el matrimonio.

En cuanto a la edad para la primera relación sexual, el 41% manifestó que no existe una edad fija para este evento, argumentando que se trata de una realidad multifactorial. Por el contrario, solo el 10% de las encuestadas considera que sí existe una edad determinada para perder la virginidad. El resto de las participantes optó por no responder.

El proceso migratorio influye en la percepción y el ejercicio de la sexualidad, facilitando una reevaluación de la autonomía sexual femenina. Se observa una transición desde contextos donde la vida sexual puede estar ligada al matrimonio forzado, hacia una sociedad de acogida que ofrece mayor libertad sexual.

En cuanto al rol del hombre en la decisión de cuándo tener relaciones sexuales, el 46% de las participantes se mostró en desacuerdo con que el hombre sea quién tome la decisión, mientras que tan solo 1 mujer la apoyó esta afirmación. El hecho de que el 51% restante optase por no responder podría sugerir un alto grado de reserva, incomodidad o complejidad en torno a la cuestión, lo que dificulta una categorización clara de su postura.

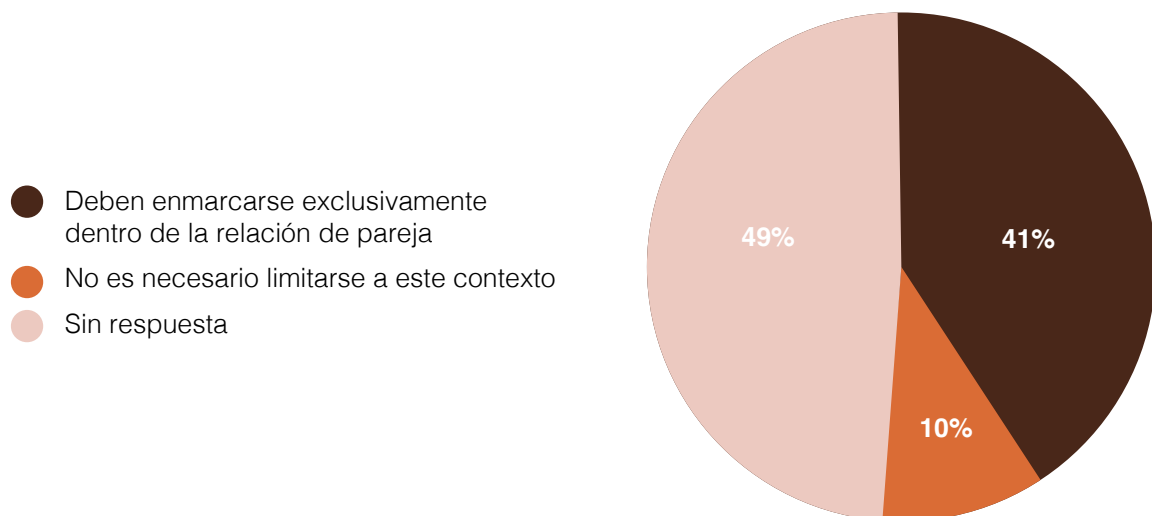
Gráfico 4 - Rol del hombre en la decisión de cuándo tener relaciones sexuales



Las **percepciones sobre el disfrute sexual fuera de las relaciones de pareja** formales a menudo se interpretan como un comportamiento casual o “libertino”, reflejando arraigadas normas culturales que vinculan la sexualidad a la exclusividad.

En cuanto a la exclusividad de las relaciones sexuales, las opiniones de las participantes están divididas. El 41% considera que estas deben enmarcarse exclusivamente dentro de una relación de pareja, mientras que el 10% no lo cree necesario. Un significativo 49% de las encuestadas optó por no responder. Este alto porcentaje de no respuesta podría indicar la naturaleza sensible del tema o la falta de un consenso claro entre las participantes, reflejando quizás una reticencia a expresar una opinión definitiva

Gráfico 5 - Exclusividad en las relaciones sexuales



Las encuestas revelan que, a pesar de la existencia de percepciones tradicionales, hay una conciencia clara sobre el derecho a la autonomía sexual femenina. El 100% de las mujeres encuestadas rechaza la afirmación de que una sexualidad libre sea incompatible con la dignidad de la mujer. Este hallazgo subraya la consolidación de un entendimiento que desvincula la moralidad de la mujer de su vida sexual, enfatizando la importancia de la libertad y el respeto como pilares de la dignidad personal.

En el contexto matrimonial, los datos revelan una **marcada tendencia hacia la autonomía corporal y decisional**:

Tabla 3 - Tendencia hacia la autonomía corporal y decisional

Afirmación	% de Mujeres que “Sí” a la afirmación	% de Mujeres que “No” a la afirmación
Una mujer casada no debe negar su cuerpo a su marido	6% (2 mujeres)	94% (37 mujeres)
Las relaciones durante el embarazo no deben ser frecuentes	44% (17 mujeres)	56% (22 mujeres)
La mujer no debe tomar anticonceptivos	3% (1 mujer)	97% (38 mujeres)
La mujer no tiene derecho a tomar decisiones	47% (18 mujeres)	53% (21 mujeres)
La mujer no debe abortar	4% (2 mujeres)	96% (37 mujeres)
El hombre puede mantener relaciones sexuales con su mujer cuando quiera	46% (18 mujeres)	54% (21 mujeres)

Las participantes en la investigación conceptualizan el **ejercicio de la sexualidad, tanto en su dimensión reproductiva como placentera**, como una expresión inherente de la **autonomía corporal y decisional**. Esta perspectiva disocia de manera explícita la sexualidad femenina de una funcionalidad exclusivamente procreativa, redefiniéndola como un espacio de agencia personal. Asimismo, se identifica un rechazo prevalente a la instrumentalización de la sexualidad para fines de manipulación o coerción en el ámbito de las relaciones interpersonales. En cambio, se enfatiza su valorización como un constructo basado en el consentimiento informado y el respeto mutuo, pilares fundamentales para el desarrollo de relaciones sexoafectivas equitativas.

3.3. Discriminación, Presión y Violencias Sexuales

Las mujeres africanas migrantes en Bizkaia enfrentan **múltiples formas de discriminación, presión y violencia sexual**, exacerbadas por la intersección de factores socio-administrativos y culturales que incrementan su vulnerabilidad.

Factores de vulnerabilidad y presión sexual: La situación administrativa irregular, el machismo y la inseguridad financiera son elementos clave que intensifican su exposición. La exposición a una sexualidad percibida como “continua y desenfrenada” en la sociedad occidental, a menudo erróneamente asociada con la libertad sexual, genera una presión sistemática y radicaliza el debate sobre los DSR en la comunidad africana, dificultando su aceptación debido a las normas tradicionales y religiosas.

Interseccionalidad de violencias: Las violencias sufridas dentro de sus propias comunidades (como la violencia intramatrimonial no reconocida) se suman a las que enfrentan en Euskadi: racismo, machismo, hipersexualización del cuerpo de la mujer negra, xenofobia e islamofobia. Esta superposición genera un profundo aislamiento y exclusión, a menudo conduciendo a la normalización de dichas violencias.

Violencia sexual y barreras para la denuncia: La violencia sexual es una realidad constante, pero existen importantes barreras para formalizar las denuncias. La inseguridad de su situación irregular, la escasez de redes de apoyo fuera de su comunidad, la barrera del idioma, el racismo y la violencia administrativa son obstáculos significativos. La razón principal para no denunciar reside en las normas comunitarias tradicionales, que a menudo prohíben denunciar al marido y exigen proteger la “dignidad” familiar.

Respuesta desde el tejido asociativo: A pesar de estos desafíos, las mujeres que forman parte de las asociaciones juegan un papel crucial. Su silencio en espacios mixtos no siempre implica inacción; de hecho, estas mujeres crean sus propias reuniones y redes de apoyo, buscando recursos en otras entidades para asistirse mutuamente en casos de violencia.

3.3.1. Percepciones y Desafíos en la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

La prevención de las ETS entre las mujeres africanas encuestadas en Bizkaia presenta un desafío significativo, marcado por la disparidad entre las normativas religiosas/culturales y las realidades de la salud pública. Esta situación exige intervenciones culturalmente sensibles para mejorar el acceso a información y recursos clave.

Concepciones religiosas y prácticas sexuales: Las ETS son frecuentemente interpretadas como un castigo divino entre la comunidad de mujeres africanas de adscripción religiosa musulmana. Se asume que las mujeres musulmanas no necesitan métodos de protección, ya que sus relaciones se limitan a sus esposos, lo que, en teoría, minimizaría el riesgo.

La poligamia como factor de riesgo: La poliginia, aunque no legalmente reconocida en Euskadi, es una práctica común. Las mujeres perciben que los hombres polígamos a menudo no utilizan métodos de protección, facilitando la transmisión de infecciones entre las esposas.

En lo que respecta al **acceso a la educación sobre ETS**, los datos indican una brecha significativa en el acceso a la información formal. Solo el 28% de las participantes ha participado en talleres de prevención de ETS, mientras que un 18% no ha tenido acceso a este tipo de formación. Es importante destacar que un 54% del total no ofreció ninguna respuesta, lo que podría sugerir un desconocimiento, una falta de interés en el tema o alguna barrera para acceder a esta información.

Los datos revelan una marcada brecha entre el **conocimiento y la utilización de los métodos de prevención de ETS** en la población estudiada. El conocimiento sobre el condón masculino es del 40%, pero su uso solo alcanza el 20%. La situación es más crítica para el condón interno, la vacuna contra el VPH y los chequeos médicos periódicos, donde el conocimiento es extremadamente limitado (3%, 8% y 6% respectivamente), y su utilización es casi nula (0%, 0% y 5%). En el caso de la monogamia y la abstinencia, aunque son reconocidas como métodos de prevención por el 36 % y el 32 % de las mujeres, su aplicación práctica es igualmente baja, con porcentajes de uso del 10% y 3% respectivamente. En conjunto, estos hallazgos sugieren que, a pesar de cierto nivel de conocimiento, la adopción efectiva de estrategias de protección es mínima, lo que apunta a importantes barreras de información, acceso y práctica.

Finalmente, se observa una compleja interacción entre el discurso institucional de igualdad y las percepciones individuales sobre la **responsabilidad y corresponsabilidad en la prevención de ETS**. Existe un reconocimiento formal de los derechos de las mujeres en el ámbito asociativo, pero la corresponsabilidad es percibida de manera heterogénea. La expectativa unánime de que el hombre debe proteger a la mujer subraya una posible persistencia de roles de género tradicionales.

En relación con la corresponsabilidad en la protección durante las relaciones sexuales, las opiniones están divididas. El 14% de las participantes considera que la responsabilidad recae en todas las personas involucradas. Sin embargo, un porcentaje idéntico del 14% disiente de esta postura, sugiriendo una falta de consenso sobre la responsabilidad compartida. Destaca que el 72% restante no respondió a la pregunta, lo que podría reflejar la complejidad o la sensibilidad del tema, así como una ambigüedad generalizada sobre quién debe asumir el rol de protección.

-4-
Derechos
Reproductivos



En este apartado analizamos algunos de los conceptos clave en el ámbito de los **Derechos Reproductivos**, así como algunos factores clave obtenidos a partir de la investigación que enmarcan la manera en la que estos Derechos Reproductivos son interpretados y asimilados por las mujeres africanas.

4.1. Maternidad y Conciliación Laboral

La maternidad en Bizkaia se configura como un desafío socioeconómico significativo, manifestando una tensión intrínseca entre la esfera reproductiva y la productiva que afecta tanto a mujeres autóctonas como migrantes. La percepción generalizada es que el marco sistémico actual obstaculiza la conciliación efectiva de la maternidad con el desarrollo profesional.

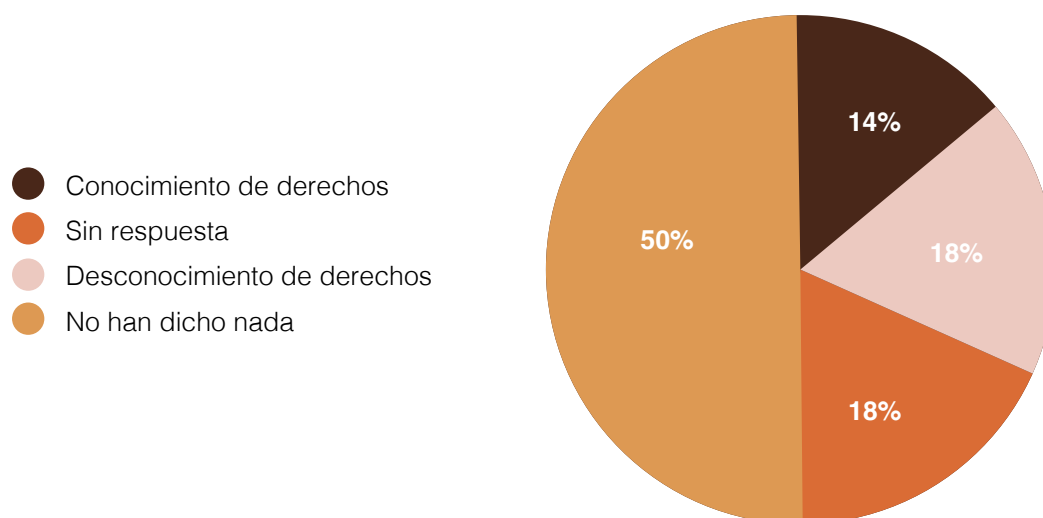
Específicamente para las mujeres africanas, la discrepancia se acentúa. Existe una percepción cualitativa de que la conciliación maternidad-empleo es “más accesible en sus países de origen que en el contexto europeo”. Esta disparidad se atribuye a la insuficiencia de redes de apoyo formal e informal y a la limitada disponibilidad de infraestructuras de cuidado infantil (guarderías), donde se percibe una asignación preferencial de plazas a la población autóctona. Consecuentemente, estas mujeres se ven compelidas a adoptar estrategias de afrontamiento que incluyen la dedicación exclusiva al cuidado doméstico o la inserción en nichos laborales con horarios atípicos o nocturnos. La rigidez del mercado laboral vizcaíno y la escasa oferta de empleos con flexibilidad horaria constituyen una barrera crítica, exacerbada en el caso de madres monomarentales, quienes experimentan una mayor vulnerabilidad socioeconómica y una integración profesional comprometida.

4.1.1. Conocimiento de los Derechos Laborales Postparto

La efectividad de los derechos laborales postparto (que comprenden permisos por maternidad y lactancia, reducciones de jornada, y excedencias por cuidado de hijos, diseñados para facilitar la corresponsabilidad y proteger la estabilidad laboral) se ve comprometida por una significativa brecha de información entre las mujeres migrantes africanas. Los datos cuantitativos lo evidencian:

En relación con los derechos laborales postparto, se observa un alto grado de desconocimiento y vulnerabilidad entre las mujeres migrantes africanas. El **14%** tiene conocimiento de sus derechos, mientras que un **18%** los desconoce y carece de empoderamiento para exigirlos, situación que se agrava por su estatus administrativo irregular y la inserción en la economía informal. Por otra parte, un **18%** prefirió abstenerse de responder debido al desconocimiento de la temática, y un **50%** optó por no contestar, reflejando una posible reserva o desinterés ante la pregunta. Esta falta de respuesta generalizada, sumada a la baja tasa de alfabetización y las dificultades para acceder al mercado laboral formal, subraya una significativa brecha de información y un alto riesgo de desprotección laboral. Esta deficiencia en el acceso a la información y el empoderamiento legal tiene implicaciones directas en la seguridad laboral, la autonomía de conciliación y el bienestar psicosocial en el puerperio.

Gráfico 6 - Conocimiento de los derechos laborales postparto



4.2. Salud Reproductiva: Intersecciones de Precariedad y Discriminación

El acceso efectivo a la salud reproductiva para las mujeres migrantes africanas en Bizkaia se ve críticamente mediado por su estatus administrativo y laboral precario. Esta situación, caracterizada por la vulnerabilidad sociolaboral, impacta directamente en su capacidad para ejercer sus derechos sanitarios y obtener la atención médica esencial. La implementación de políticas públicas orientadas a garantizar la información, el soporte legal y la protección laboral es imperativa, independientemente de su situación migratoria.

Las mujeres insertas en el mercado laboral formal, a pesar de la protección legislativa teórica, enfrentan desafíos considerables. La insuficiencia de información legal las expone a posibles abusos contractuales, lo que las impulsa a recurrir frecuentemente a la mediación sindical ante condiciones laborales insostenibles. Esto sugiere que la formalidad contractual, por sí sola, no asegura un acceso pleno a la información y protección legal. Paralelamente, las empleadas en la economía sumergida se encuentran en una posición de vulnerabilidad extrema. Además de carecer de información sobre sus derechos, el miedo a la pérdida del empleo actúa como un inhibidor para la denuncia de abusos o la búsqueda de recursos legales, perpetuando un silencio coactivo que restringe drásticamente su acceso a servicios y protecciones legales, incluyendo los relativos a la salud reproductiva.

4.2.1. Perspectivas sobre el Aborto: Complejidad Ética, Cultural y Sanitaria

El aborto inducido es una cuestión que suscita un espectro de opiniones, intrínsecamente ligadas a valores personales, constructos culturales, preceptos religiosos y marcos jurídicos. En el contexto de las mujeres africanas, estas influencias se manifiestan de manera particular, delineando percepciones y decisiones intrincadas. La legislación restrictiva predominante en la mayoría de los países africanos, donde el aborto es criminalizado o severamente limitado a circunstancias excepcionales (violación, riesgo vital materno) y en estadios gestacionales tempranos, moldea la percepción de las mujeres migrantes, quienes lo perciben como un procedimiento de alto riesgo médico y legal.

Las concepciones religiosas, especialmente en comunidades musulmanas, ejercen una influencia considerable. Asociaciones de base religiosa islámica, por ejemplo, evitan abordar cuestiones como el aborto y la homosexualidad debido a su incompatibilidad con sus preceptos. A pesar de respetar la autonomía individual de decisión, estas organizaciones enfatizan la prohibición religiosa, una postura que resuena en algunas mujeres musulmanas para quienes la fe es un eje central de vida. En contraste, asociaciones interconfesionales a menudo consideran el aborto como un “pecado” desde una perspectiva religiosa, interpretándolo como la interrupción de una vida, reforzado por el arraigado valor de la maternidad y la percepción del vínculo afectivo desde las primeras etapas gestacionales.

A pesar de que el aborto es un derecho reproductivo legalmente reconocido en España, su mayor accesibilidad ha generado una paradoja: una reducción en la tasa de natalidad, pero un aumento en la tasa de abortos y una subutilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres africanas. Esta tendencia es preocupante, dado que la interrupción voluntaria del embarazo, si bien es una opción legal, conlleva riesgos para la salud reproductiva, incluyendo infertilidad o complicaciones uterinas. Consecuentemente, es imperativo fortalecer la educación sexual integral y el acceso a métodos anticonceptivos eficaces para mitigar la dependencia del aborto como estrategia primaria de control natal. Adicionalmente, el ejercicio de este derecho se vuelve un punto de controversia, particularmente en el caso de menores de 16 años no acompañadas, a quienes la legislación española permite abortar, generando inquietud sobre su madurez y capacidad de decisión autónoma para afrontar un procedimiento de tal magnitud sin acompañamiento parental o tutelar.

4.2.2. Violencia Obstétrica: Una Intersección de Racismo, Capacitismo y Autonomía Reproductiva

La violencia obstétrica se manifiesta como una problemática acentuada y compleja en la comunidad de mujeres migrantes africanas, donde se entrelaza sistémicamente con el racismo estructural y las barreras idiomáticas. Este fenómeno, a menudo infradiagnosticado en la población general, adquiere dimensiones particulares para este grupo, impactando negativamente su acceso y experiencia en los servicios de salud reproductiva.

El acceso tardío a la atención ginecológica, incluso post-matrimonio, revela una deficiencia significativa en la salud preventiva. La violencia obstétrica se manifiesta no solo en el trato denigrante, sino también en la privación de información y la imposición de decisiones clínicas. Es crucial destacar cómo el capacitismo —la discriminación basada en la capacidad o el conocimiento del paciente— exacerba esta situación. Mujeres con un nivel educativo superior o un dominio adecuado del idioma local poseen una mayor capacidad para identificar y mitigar situaciones de violencia, a diferencia de aquellas con baja alfabetización o dificultades idiomáticas, quienes se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad y asimetría de poder.

Las experiencias relatadas por estas mujeres ilustran diversas manifestaciones de violencia obstétrica:

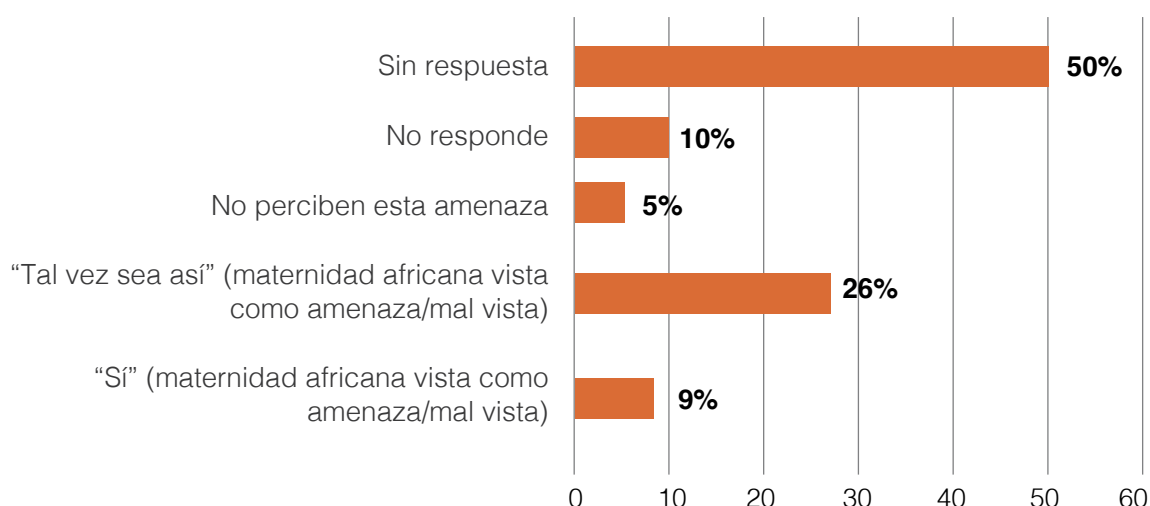
Injerencia en la planificación familiar postparto: La presión inmediata para discutir la ligadura de trompas o la anticoncepción en el puerperio inmediato, incluso antes de la recuperación física, es una práctica invasiva. Esta “práctica del paritorio” refleja un **sesgo estereotipado** de las mujeres africanas como “prolíficas”, constituyendo una clara violación de la **autonomía reproductiva**.

Questionamiento del deseo de mantener el embarazo: La interrogación directa sobre la continuidad del embarazo al confirmarse la gestación, considerada impensable en sus países de origen, denota una **carencia de sensibilidad cultural** y una predisposición a ofrecer el aborto como opción primaria sin considerar las implicaciones personales, culturales o religiosas de la mujer.

Discriminación y trato diferenciado en la consulta médica: Se percibe un **trato racista por parte de algunos profesionales sanitarios**, manifestado en consultas perfunctorias, breves y superficiales, con explicaciones inadecuadas sobre métodos anticonceptivos, en contraste con la atención detallada proporcionada a pacientes de etnia caucásica. Esta **disparidad en la calidad de la atención** subraya la necesidad de una **formación en sensibilidad cultural y antirracismo** en el ámbito sanitario.

La percepción de la maternidad como una amenaza o estigma es una preocupación latente entre las mujeres africanas encuestadas. Un 35% de las participantes (26% que opina “tal vez sea así” y 9% que opina “sí”) percibe que su fertilidad y el tamaño de sus familias son objeto de juicio en la sociedad de acogida. Solo un 5% no percibe esta amenaza. Un significativo 60% del total de la muestra se abstuvo de responder, explicando la ambigüedad del tema, que está estrechamente relacionado con la percepción de las ayudas sociales y la natalidad. Esta elevada tasa de no respuesta, sumada a las percepciones expresadas, subraya la urgencia de implementar estrategias que aborden el racismo estructural y la discriminación en los servicios de salud, así como de promover la formación intercultural y el pleno respeto a la autonomía reproductiva de las mujeres migrantes.

Gráfico 7 - Percepción de la maternidad como una amenaza o estigma



4.2.3. Percepción de Seguridad en la Atención Ginecológica y Frecuencia de Revisión

La sensación de seguridad percibida al acceder a la consulta ginecológica es un indicador crítico de la calidad y accesibilidad de los servicios de salud reproductiva. Los datos revelan una preocupante disparidad en esta percepción entre las mujeres migrantes africanas.

En la percepción de seguridad durante la atención ginecológica, las participantes se dividen. Mientras que un 18% afirma sentirse segura y un 11% se siente insegura, un 20% adicional opta por no responder, justificando su postura en la ambigüedad del trato recibido, que varía según el personal, el humor o la afluencia de pacientes. Un 51% restante tampoco responde a la pregunta, sin ofrecer una explicación. Esta alta tasa de no respuesta, que asciende a un 71% en total, subraya una profunda falta de confianza y una percepción de inseguridad que no siempre se puede categorizar de manera definitiva. Este fenómeno puede llevar a la evitación de visitas médicas esenciales, agravando los problemas de salud reproductiva y alineándose con las problemáticas de violencia obstétrica, racismo y barreras idiomáticas.

4.2.3.1. Frecuencia de la Revisión Ginecológica: Barreras para la Salud Preventiva

La relevancia de la revisión ginecológica periódica es fundamental para la prevención y detección temprana de diversas patologías (cáncer cervical y de mama, infecciones de transmisión sexual, trastornos hormonales), contribuyendo directamente a la mejora de la salud y el bienestar femenino. Sin embargo, los datos recopilados re-

velan patrones de acceso y percepción que suscitan preocupación en el colectivo de mujeres migrantes africanas.

La adherencia a las revisiones ginecológicas periódicas es extremadamente baja en la muestra estudiada, lo que indica un enfoque predominantemente reactivo en la atención a la salud. Solo un 4% de las mujeres acude a estas revisiones con regularidad, mientras que un 27% busca atención únicamente ante la presencia de problemas de salud y un 3% nunca lo hace. Un dato crítico es que un 66% de las encuestadas se abstuvo de responder, lo que sugiere una carencia de conocimiento, desconfianza sistémica o la existencia de barreras estructurales significativas para el acceso. Esta baja participación en la medicina preventiva subraya la urgencia de abordar factores subyacentes como la insuficiencia de información, las dificultades económicas, las barreras idiomáticas, y las experiencias previas negativas, incluyendo la violencia obstétrica y el racismo.

4.2.3.2. Razones Subyacentes a la Baja Adherencia a la Revisión Ginecológica Periódica

La baja adherencia a la revisión ginecológica periódica en mujeres migrantes africanas es un fenómeno multifactorial. Si bien una parte significativa de las razones permanece sin declarar, las respuestas disponibles apuntan a barreras relacionadas con la comodidad personal, la percepción de la importancia de la revisión, el miedo a la discriminación y las limitaciones impuestas por las condiciones laborales.

La principal razón detrás de la **baja adherencia a las revisiones ginecológicas** es la falta de respuesta, con un abrumador 93% de las mujeres que no ofrece una explicación explícita. Este alto nivel de silencio se complementa con hallazgos cualitativos que señalan un sistema sanitario percibido como burocrático y racista. Las participantes reportan la ralentización en la programación de citas (con intervalos de 3 a 6 meses) y la dificultad para conseguir cambios de ginecóloga o matrona, lo que justifica la ambigüedad y el alto índice de no respuesta. Entre el 7% restante, que sí proporcionó razones, se identifican barreras como el disgusto o la incomodidad, la percepción de irrelevancia del chequeo, el temor al racismo en el entorno médico (1%) y la falta de tiempo por motivos laborales. Estos hallazgos revelan que las dificultades para acceder a la atención preventiva son multifactoriales y abarcan desde barreras psicosociales y estructurales hasta la desconfianza en el sistema de salud.

4.3. Planificación Familiar y Anticoncepción: Discrepancias entre Normativa y Práctica

Existe una clara conciencia y necesidad de la planificación familiar entre las mujeres migrantes africanas, impulsada por aspiraciones de desarrollo profesional y conciliación. Sin embargo, la implementación efectiva de la planificación de los embarazos es notablemente baja, revelando una discrepancia significativa entre el reconocimiento de su importancia y su materialización en la práctica. Esta brecha subraya la urgencia de intervenciones integrales que no solo informen sobre los métodos anticonceptivos, sino que también aborden las barreras culturales, religiosas y de acceso a los servicios, empoderando a estas mujeres para ejercer su derecho a la planificación familiar de manera efectiva.

4.3.1. Discrepancia entre la Importancia Percibida y la Realidad de la Planificación

A pesar del reconocimiento colectivo sobre la relevancia de la planificación familiar, los datos sobre la planificación real de los embarazos revelan una disfunción preocupante:

La encuesta revela una discrepancia significativa entre el valor de la planificación familiar y su materialización. Solo un 11% de las mujeres encuestadas afirma haber tenido un embarazo planificado, una cifra baja en contraste con la alta valoración que le otorgan en su discurso. Por otro lado, un 9% declara que su embarazo no fue planificado, y un 14% no sabe si lo fue, lo que sugiere una falta de control o de información sobre el proceso reproductivo. Un

3% sostiene que el embarazo no se puede planificar, reflejando posibles creencias fatalistas o desinformación sobre la autonomía reproductiva. En cuanto a la falta de respuesta, un 50% prefirió no responder, lo que podría indicar incomodidad, desconocimiento o la complejidad inherente al tema. Adicionalmente, un 13% no especificó ninguna respuesta, lo que eleva el total de no respuesta a un 63 % y subraya la sensibilidad y ambigüedad de la temática.

4.3.2. Concepción de la Maternidad en África

La maternidad en el continente africano trasciende el mero acto biológico, constituyendo un pilar fundamental con un profundo significado cultural, social y personal. Para un gran número de mujeres africanas, ser madre es una razón de ser, una bendición y un rol central para la cohesión comunitaria. Esta concepción ampliada de la maternidad no solo implica la responsabilidad de la crianza de los hijos biológicos, sino también la asunción de un rol de cuidado y guía para otros niños dentro de la comunidad. Esta crianza colectiva es una práctica común, especialmente en contextos de estructuras familiares extensas (e.g., matrimonios polígamos, culturas matrilineales), donde los lazos familiares se extienden más allá del núcleo parental directo.

4.3.2.1. Estructura Demográfica de la Descendencia Biológica en Bizkaia

Dentro de este marco de una maternidad socialmente valorada, el análisis de la distribución de hijos biológicos entre las mujeres migrantes africanas en Bizkaia ofrece una perspectiva sobre la adaptación de estas tradiciones a las nuevas realidades demográficas.

Los datos sobre el número de hijos en la muestra de mujeres migrantes africanas revelan una diversidad de patrones reproductivos. Si bien un 5% mantiene modelos de familia numerosa con cinco o seis hijos, un 11% refleja la tendencia hacia familias más pequeñas (menos de dos hijos), y un 13 % se sitúa con entre dos y tres hijos, lo que podría indicar una adaptación a las condiciones socioeconómicas del contexto de acogida. Un 8% no tiene hijos. Un 50 % del total se abstiene de responder a la pregunta, lo que, junto con el 13 % que no especifica el número de hijos, evidencia una gran complejidad y reticencia a abordar el tema. Esta distribución de patrones y la alta tasa de no respuesta sugieren una transformación en los ideales reproductivos bajo la influencia del nuevo entorno, donde la autonomía y las realidades del mercado laboral ejercen una influencia significativa en las decisiones de maternidad.

4.3.3. Percepciones y Uso de Anticonceptivos: Barreras y Desafíos

El acceso y uso de anticonceptivos es un componente crítico de la salud reproductiva. Las experiencias individuales revelan los desafíos que enfrentan estas mujeres al intentar acceder y adaptarse a métodos anticonceptivos adecuados.

Se destaca la dificultad en la elección y adaptación de métodos. Testimonios directos ilustran la complejidad, como el caso de una mujer que experimentó múltiples cambios de píldoras anticonceptivas debido a efectos secundarios severos, y la presión percibida para recurrir a la ligadura de trompas. Esta situación subraya la necesidad de un seguimiento médico más personalizado y una comunicación efectiva que priorice el bienestar de la paciente y su autonomía de decisión, evitando la imposición de soluciones definitivas sin una exploración exhaustiva de alternativas. Adicionalmente, se reconoce una “mala interpretación” generalizada en África sobre la importancia y el funcionamiento de los métodos anticonceptivos, lo que subraya la necesidad de programas educativos y de sensibilización que corrijan estas concepciones erróneas y promuevan un mayor conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva.

4.3.3.1. Métodos Anticonceptivos Preferidos y Conocimiento Específico

El análisis de los datos sobre el conocimiento y uso de diversos métodos anticonceptivos entre las mujeres migrantes africanas revela disparidades significativas y una brecha entre la familiaridad con una opción y su implementación real. Estos hallazgos son cruciales para comprender las barreras en el acceso efectivo a la planificación familiar.

En cuanto a los métodos utilizados, se observa una predominancia del DIU (Dispositivo Intrauterino), frecuentemente por recomendación médica, lo que sugiere una confianza en las indicaciones profesionales y una posible preferencia por métodos de larga duración. Sin embargo, el conocimiento y la utilización de métodos específicos es limitado:

La brecha entre el conocimiento y el uso de la **inyección anticonceptiva** es evidente en la población estudiada. Solo un 4% de las mujeres encuestadas tiene conocimiento sobre este método, mientras que un 5% afirma utilizarlo, lo que sugiere que la adopción a menudo ocurre sin un conocimiento formal previo, posiblemente a través de redes informales. El dato más revelador es que un 91% de la muestra no respondió a la pregunta, lo que indica un desconocimiento masivo de este método anticonceptivo, así como una falta de acceso a información fiable o a canales formales de salud. Esta alta tasa de no respuesta subraya una deficiencia significativa en la difusión de información sobre la planificación familiar.

En cuanto a las **píldoras anticonceptivas**, a pesar de que el 18% de las mujeres encuestadas tiene conocimiento sobre las mismas, su uso efectivo se reduce drásticamente a un 6%. Esta diferencia subraya que el conocimiento no se traduce directamente en adopción, lo cual puede deberse a diversas barreras como la preocupación por los efectos secundarios, la complejidad de la toma diaria, o limitaciones en el acceso y costo. Un 76% de la muestra prefirió no responder a la pregunta, lo que indica un masivo desconocimiento de este método anticonceptivo, una falta de acceso a información formal o una reticencia a discutir el tema. Esta alta tasa de no respuesta es un hallazgo crítico que refleja una significativa brecha informativa en la población.

La información sobre los métodos anticonceptivos transdérmicos es extremadamente limitada entre las mujeres encuestadas. Aunque un 9% tiene conocimiento sobre el parche anticonceptivo, solo un 4% lo utiliza, lo que indica una baja tasa de adopción incluso entre quienes lo conocen. El dato más revelador es el 87% de no respuesta, lo que subraya un desconocimiento masivo de este método y una significativa brecha informativa en la población. Esta alta tasa de silencio sugiere que la mayoría de las mujeres carece de acceso a información o a servicios de planificación familiar que ofrezcan este tipo de opciones.

La información sobre el anillo vaginal es limitada en la población estudiada, con un 10% que lo conoce, pero solo un 4% que lo utiliza, lo que sugiere una baja adopción a pesar del conocimiento. El 86% de las encuestadas optó por no responder, lo cual indica un desconocimiento masivo de este método anticonceptivo, una falta de acceso a la información formal sobre opciones de planificación familiar, o una reticencia general a abordar el tema. Esta alta tasa de no respuesta es un indicador clave de una brecha informativa significativa.

4.3.4. Percepciones sobre el Acceso y Uso de Anticonceptivos

El acceso y uso de anticonceptivos es un componente crítico de la salud reproductiva. Los datos analizados revelan una percepción dividida y desafíos significativos en la comunidad de mujeres migrantes africanas en Bizkaia. La percepción de la facilidad de acceso a los anticonceptivos es variada, pero las preocupaciones sobre la burocracia y el costo señalan áreas críticas donde se requiere intervención. A pesar de que los anticonceptivos están disponibles en farmacias, existen barreras sistémicas y económicas que dificultan el acceso para una parte de esta población.

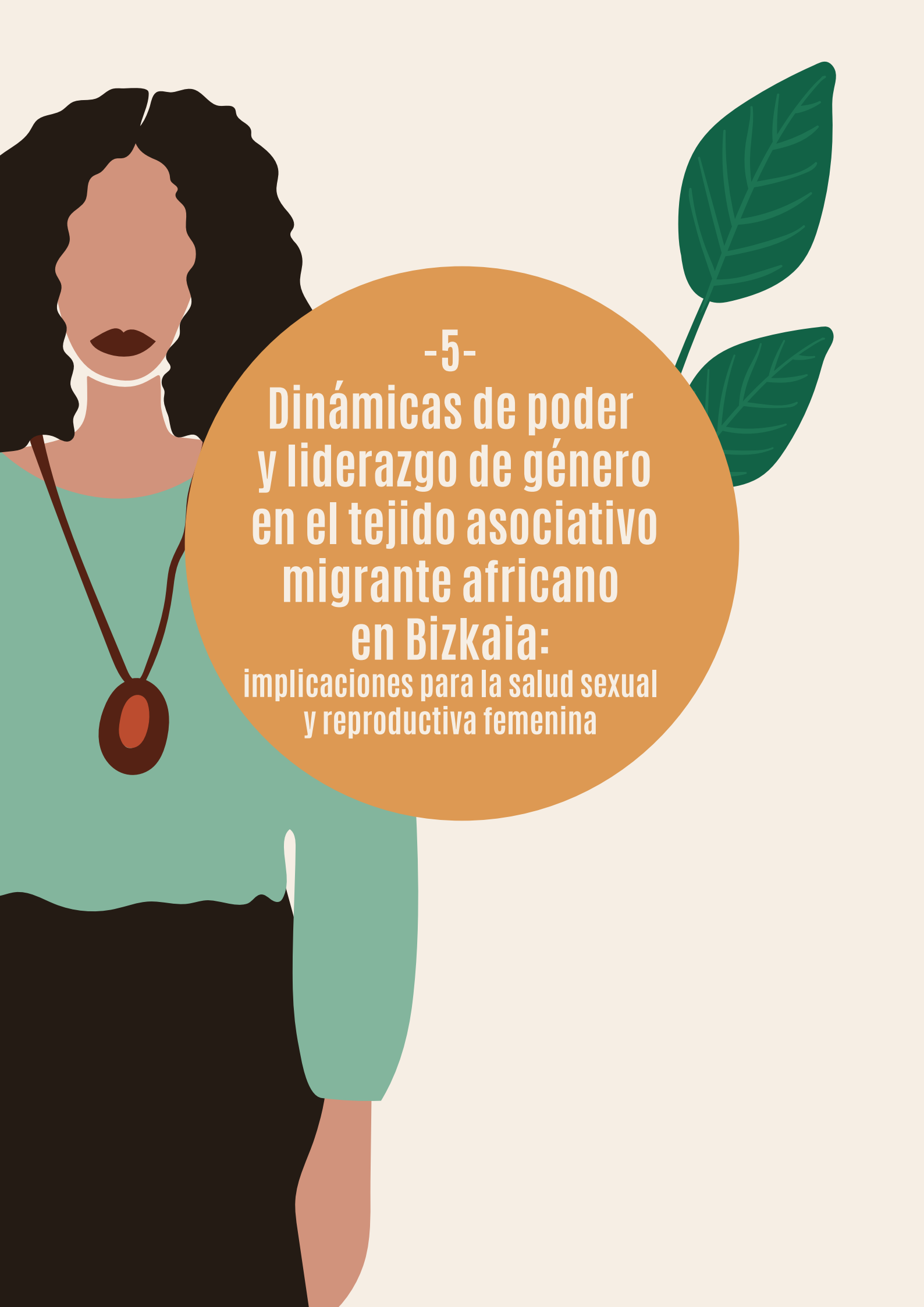
4.3.4.1. Facilidad de Acceso

La pregunta sobre la facilidad para acceder a los distintos tipos de anticonceptivos genera una respuesta heterogénea:

La **percepción sobre la facilidad de acceso** a métodos anticonceptivos es ambigua en la población estudiada. Mientras que un 10% de las mujeres considera que el proceso es sencillo, un 13% afirma lo contrario, lo que indica la existencia de barreras significativas. Aunque un 22% señaló que los anticonceptivos se adquieren en farmacias, este dato, si bien es veraz, no aborda la complejidad inherente al proceso de obtención, incluyendo la necesidad de una receta médica, el coste o las barreras idiomáticas que pueden dificultar la comunicación. La cifra más reveladora es el 51% que se abstuvo de responder, lo que sugiere una desconexión o un profundo desconocimiento de los mecanismos de acceso a la planificación familiar. Esta alta tasa de no respuesta es un indicador crítico de que, para la mayoría de la muestra, el acceso a estos métodos no es un tema relevante o familiar, reflejando una posible barrera sistémica de información o confianza.

Los datos cualitativos revelan percepciones clave sobre las barreras para acceder a los anticonceptivos. Por un lado, las mujeres señalan que el proceso es **burocrático**, mencionando la necesidad de múltiples citas y trámites administrativos. Por otro lado, aunque en menor medida, el **costo elevado** se identifica como un factor limitante, especialmente para aquellas con recursos económicos precarios. Ambos hallazgos sugieren que, más allá de la disponibilidad del producto, las dificultades sistémicas y financieras actúan como impedimentos significativos para el acceso a la planificación familiar.





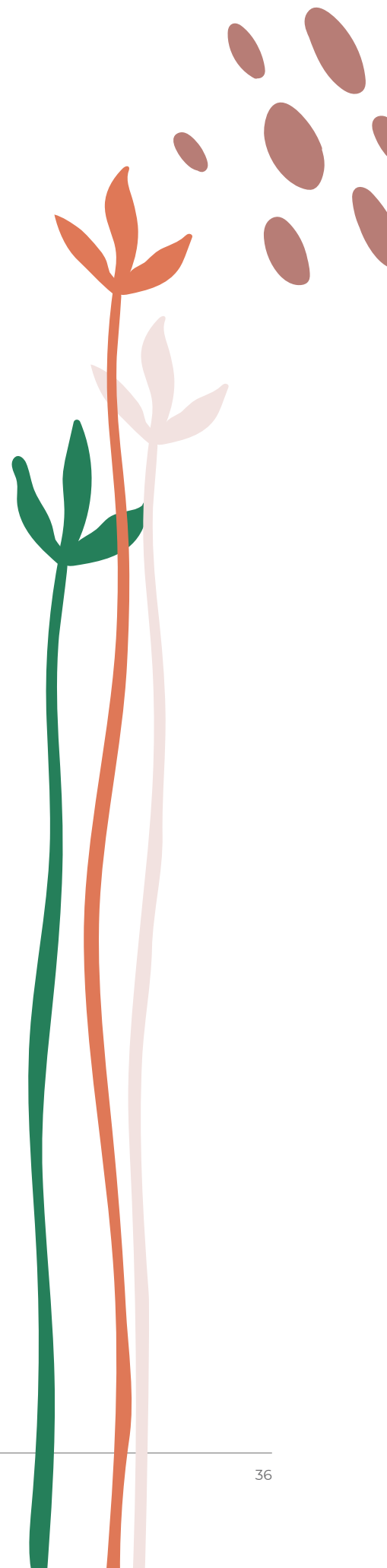
-5-

**Dinámicas de poder
y liderazgo de género
en el tejido asociativo
migrante africano
en Bizkaia:**
implicaciones para la salud sexual
y reproductiva femenina

En Bizkaia, las asociaciones de la diáspora africana son cruciales para la integración de las personas migrantes. Sin embargo, estas organizaciones a menudo reflejan y perpetúan las estructuras de poder de sus países de origen. Esta reproducción de jerarquías se manifiesta en una marcada hegemonía masculina en los puestos de liderazgo, lo que limita la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Esta asimetría de poder tiene un impacto directo en la salud sexual y reproductiva femenina, ya que refuerza las normas culturales tradicionales que imponen roles de género y restringen la autonomía de las mujeres para decidir sobre su cuerpo y su sexualidad. La ausencia de una agenda de género en estas asociaciones perpetúa un ciclo de desigualdad que afecta directamente el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de estas barreras estructurales, las mujeres africanas en Bizkaia demuestran una notable capacidad de agencia y resistencia. Desde dentro de estas mismas asociaciones, han creado espacios, tanto formales como informales, para abordar temas cruciales como la violencia de género, la anticoncepción y la maternidad. A través de talleres, redes de apoyo y el diálogo con instituciones públicas, estas mujeres cuestionan las prácticas culturales desde una perspectiva crítica, buscando conciliar sus tradiciones con los valores de la sociedad vasca. Con ello, no solo están visibilizando sus demandas y experiencias, sino que también están redefiniendo sus roles y disputando el liderazgo dentro del tejido asociativo, abriendo camino hacia una mayor equidad de género y justicia social en la comunidad migrante.

Es fundamental que las propias mujeres africanas, desde una perspectiva antirracista, interseccional y decolonial, asuman el liderazgo para incluir la salud sexual y reproductiva en la agenda de actividades de sus asociaciones. Esta acción no solo empodera a sus comunidades, sino que también fomenta una interculturalidad efectiva al colaborar con otras asociaciones no africanas. Las líderes de estos grupos desempeñan un rol vital al informar y formar a profesionales del sector de la salud, elevando propuestas concretas para mejorar el acceso y la inclusión de las mujeres africanas a servicios de orientación profesional y atención libre de violencias. De este modo, se garantiza que los servicios de salud sean culturalmente competentes y respetuosos, promoviendo un acceso equitativo y digno para todas.





Conclusión

Este estudio ha revelado la intrincada red de factores culturales, socioeconómicos e institucionales que configuran y, en muchos casos, limitan el ejercicio efectivo de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de las mujeres migrantes africanas en Bizkaia. La investigación subraya la persistente disparidad entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de estos derechos, evidenciando cómo las normas religiosas y culturales tradicionales, que históricamente han constreñido la sexualidad al ámbito matrimonial y reproductivo, impactan significativamente las experiencias de estas mujeres.

A pesar de las limitaciones en la educación sexual formal, se observa una creciente autonomía en las decisiones reproductivas dentro del matrimonio, manifestada en la resistencia a la obligación sexual y una postura favorable hacia los anticonceptivos y el derecho al aborto. No obstante, esta autonomía coexiste con una preocupante percepción de falta de derecho a decidir entre una proporción considerable de la población estudiada. Este hallazgo resalta la necesidad de fortalecer el empoderamiento individual y colectivo de estas mujeres en relación con su autodeterminación sexual y reproductiva.

El estudio enfatiza la urgencia de implementar una educación sexual y reproductiva integral y holística. Una aproximación que se limite únicamente a los derechos reproductivos corre el riesgo de obviar la salud sexual y los derechos asociados, menoscabando el autoconocimiento corporal y la adopción de prácticas sexuales seguras. Por lo tanto, es crucial equilibrar la enseñanza para que abarque ambos aspectos, asegurando que las personas migrantes africanas comprendan plenamente sus opciones reproductivas y la vital importancia de una salud sexual plena. Esta aproximación debe ser culturalmente sensible y adaptada, reconociendo y validando las realidades específicas de estas comunidades.

Recomendaciones

Con base en los hallazgos del estudio sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes africanas en Bizkaia, se proponen las siguientes recomendaciones estratégicas para abordar las brechas identificadas y promover su bienestar integral. Estas recomendaciones buscan la interseccionalidad, la equidad de género y la justicia social en el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural y las experiencias vividas por estas mujeres.

Fomentar Redes de Apoyo y Espacios Seguros para la Salud Sexual y Reproductiva

Es fundamental ampliar y fortalecer las redes de apoyo entre mujeres migrantes africanas. La creación de espacios seguros y confidenciales, preferentemente liderados por mujeres de la propia comunidad y con el apoyo de profesionales de la salud cuando sea necesario, permitirá abordar inquietudes sobre salud sexual y reproductiva en un ambiente de confianza, respeto cultural y libertad. Estos espacios facilitarán el intercambio de experiencias y conocimientos, desprovistos de juicios, y servirán como un mecanismo de empoderamiento comunitario frente a las barreras culturales y de acceso identificadas.

Fortalecer la Educación Sexual Integral y Culturalmente Adaptada

Los programas de educación sexual deben ser integralmente concebidos y culturalmente sensibles, abordando explícitamente las brechas de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (incluyendo métodos modernos como el condón interno y la vacuna contra el VPH) y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Es crucial desmitificar concepciones erróneas y promover la autonomía reproductiva y el consentimiento informado. La implementación de estos programas de forma bilingüe garantizará su accesibilidad y relevancia para la población objetivo.

Garantizar el Acceso sin Barreras a Servicios de Salud Reproductiva

Para asegurar que todas las mujeres migrantes, independientemente de su estatus administrativo o situación socioeconómica, accedan a atención ginecológica periódica y controles postparto, es imperativo reducir la burocracia en el sistema de salud. Se deben implementar estrategias que garanticen la asequibilidad de los anticonceptivos y establecer mecanismos robustos para superar las barreras idiomáticas, como la disponibilidad de servicios de interpretación culturalmente competentes. Esto abordará directamente las dificultades de acceso reportadas en los hallazgos.

Combatir la Violencia Obstétrica y el Racismo en el Ámbito Sanitario

La prevalencia de la violencia obstétrica y el racismo en los entornos sanitarios es una barrera significativa. Se requiere promover la formación en sensibilidad cultural, perspectiva de género y antirracismo para los profesionales de la salud. Es crucial crear un entorno donde las mujeres se sientan seguras, respetadas y dignificadas, eliminando prácticas invasivas, estigmatizantes o discriminatorias que limitan su autonomía reproductiva y su derecho a una atención de calidad, tal como lo evidencian las experiencias de discriminación en los hallazgos.

Fomentar la Corresponsabilidad de Género en la Salud Sexual y Reproductiva

Los programas deben impulsar la corresponsabilidad de género en la prevención de ITS y el cuidado infantil, involucrando activamente a los hombres. Es fundamental desafiar los roles de género tradicionales que sobrecargan a las mujeres y limitan su capacidad de decisión y autonomía. Promover la participación masculina en la salud sexual y reproductiva contribuye a la equidad y a la reducción de la carga desproporcionada que recae sobre las mujeres.

Promover el Diálogo Intergeneracional y Nuevos Liderazgos

La creación de espacios seguros para el diálogo abierto sobre sexualidad entre madres e hijas adolescentes es esencial para abordar el tabú sexual y la precocidad sexual. Paralelamente, se debe fomentar la emergencia de nuevas lideresas dentro de las asociaciones, quienes puedan conectar con las experiencias y necesidades de las generaciones más jóvenes. Esto asegurará una representación y empoderamiento efectivos que reflejen la evolución de las perspectivas y desafíos.

Informar sobre Derechos Laborales y Apoyo en Maternidad

Es vital establecer programas de información y apoyo legal para mujeres migrantes sobre sus derechos laborales relacionados con la maternidad, incluyendo permisos, protección laboral y conciliación de la vida familiar y laboral. Empoderarlas para que puedan ejercer estos derechos sin temor a represalias o pérdida de empleo, especialmente en contextos de precariedad laboral, es crucial para su bienestar económico y reproductivo. Esta recomendación aborda directamente la vulnerabilidad laboral que impacta la salud de estas mujeres.

Bibliografía

Abdul-Rahman, S. (2023). *La mujer en el islam: Refutando los prejuicios más comunes*. Self Publish. https://www.ugr.es/~mreligio/materiales/Al-Sheha.Abdul-Rahman_La-mujer-en-el-islam.Prejuicios.pdf

Abdul-Rauf, M. (1977). *The Islamic view of women and the family*. Speller.

Asociación Por Ti Mujer, Mujeres Supervivientes, & RED INVI. (2021). *Violencia de género en mujeres inmigrantes residentes en España*. PICUM (Plataforma para la Cooperación Internacional sobre Inmigrantes Indocumentados).

Caballero, A. (2023). Shortchanged. *Elderly women street vendors in Malabo, Equatorial Guinea*. (Dissertations and Documents In Cultural Anthropology: DICA 26). Department of Cultural Anthropology and Ethnology, Uppsala University. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1733278/FULLTEXT01.pdf>

Collins, P. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. Routledge.

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. Chicago: University Chicago Legal Forum .

David, A. Y. (1981). *Women, race, & class*. Vintage Books.

Estado, B. O. (2010). Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En BOE-A-2010-. Madrid: BOE.

Hooks, B. (1995). *Killing rage: Ending racism*. Henry Holt and Company.

Mama, A. (2007). *Is it ethical to study Africa? Preliminary thoughts on scholarship and freedom*. African Studies Review.

Maria. (2021, 10 de diciembre). Los derechos de las mujeres en África: El rol de las organizaciones de mujeres juristas en Senegal – IDEES. Contribución académica de una de las lideresas participantes en la investigación; no disponible para consulta online.

Mbiti, J. S. (1970). *African religion and philosophy*. Heinemann.

Oyěwùmí, O. (1997). *The invention of women: Making an African sense of Western gender discourses*. University of Minnesota Press.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*.

Osakidetza. (s. f.). *Interrupción Voluntaria del Embarazo* - IVE. Portal Web de la Administración Vasca. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive/webosk00-oskent/es/>

Sedra. (2025, 7 de febrero). *País Vasco: Propuestas electorales para la salud sexual y reproductiva*. SEDRA - Federación de Planificación Familiar. <https://sedra-fpfe.org/pais-vasco-las-propostas-de-los-partidos-sobre-salud-sexual-y-derechos-sexuales-y-reproductivos/>

Steady, F. C. (1981). *The Black woman cross-culturally*. Schenkman Books.

