-Resumen ejecutivo-

Salud y migración

Barreras interseccionales y de género en el acceso sanitario de mujeres de África centro-oriental en Euskadi

Resumen ejecutivo
Salud y migración
Barreras interseccionales y de género en el acceso sanitario de mujeres de África centro-oriental en Euskadi

Una publicación de

farmamundi

Autoría: Nuria Lores Sánchez y Jesús Migallón Sanz, de Cidalia - Consultoría en diversidad

Coordinación editorial: Andrea Luque Martín, Irati Muñecas Menéndez y Andrea Arana Lemus, de Farmamundi.

Ilustración: Adaora Onwuasoanya Martínez.

Financiación: Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad

Colaboraciones y agradecimientos:
Esta publicación se enmarca en el proyecto 'Protegiendo la dignidad de la población refugiada en Uganda', financiado por la Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad e implementado por Farmamundi.
Queremos expresar nuestro reconocimiento y gratitud a las mujeres africanas participantes en Euskadi, cuyas voces, saberes y experiencias han dado sentido a esta investigación. Agradecemos también la implicación de profesionales del ámbito social y sanitario que compartieron su conocimiento y mirada crítica, fortaleciendo la calidad y la profundidad del estudio. Extendemos nuestro agradecimiento también a las organizaciones socias de Farmamundi en África, EMESCO, AHA y HESED África, por su acompañamiento y por aportar una perspectiva esencial desde los territorios donde se desarrolla el trabajo comunitario.

Más información: **tatulotura.farmamundi.org**

CC BY-NC 4.0

© 2025 by Farmamundi is licensed under CC BY-NC 4.0
To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/
El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y no refleja necesariamente la opinión del Gobierno Vasco.

A lo largo de la redacción de este Informe se ha tenido presente en todo momento el lenguaje inclusivo siguiendo las recomendaciones al respecto de las Naciones Unidas. En este sentido, se han evitado las expresiones discriminatorias, se han empleado sustantivos colectivos y otras estructuras genéricas (personas migrantes, la ciudadanía, etc.) y se ha visibilizado el género cuando la información a transmitir lo ha hecho necesario, en aras de una lectura más ágil.

Introducción

Este resumen ejecutivo incluye los principales hallazgos de la investigación aplicada '***Salud y migración: barreras interseccionales y de género en el acceso sanitario de mujeres de África centro-oriental en Euskadi'***, que recoge a partir de los testimonios y experiencias de personas, especialmente mujeres, de Uganda y de otros países de la región que hoy residen en Euskadi cómo las barreras estructurales, administrativas, culturales y raciales condicionan el acceso a la salud. Sus aportaciones, junto con las de profesionales del ámbito social y sanitario, han permitido plasmar una mirada situada y profundamente humana sobre estas desigualdades.

El análisis reafirma que integrar de manera efectiva los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad en las políticas públicas y en los servicios sanitarios es imprescindible para garantizar un acceso a la salud digno, inclusivo y equitativo. Solo así es posible avanzar hacia sistemas que reconozcan y respeten la diversidad, pongan en el centro la vida y respondan a las realidades y necesidades de todas las personas.

Objetivo general

Analizar el acceso y las barreras que enfrentan las personas de origen ugandés y de la región en Euskadi, particularmente mujeres, en relación con el sistema sanitario vasco.

Metodología

La investigación adopta un enfoque cualitativo y participativo basado en entrevistas en profundidad a:

- 19 mujeres titulares de derechos de países como República Democrática del Congo, Etiopía, Somalia, Angola, Kenia y República Centroafricana.
- 13 profesionales de organizaciones sociales, sanitarias y humanitarias en Euskadi, Uganda y Kenia.

El análisis temático ha seguido el modelo de Braun y Clarke (2006), con triangulación de datos, fuentes y perfiles profesionales, y uso de transcripción asistida por IA.

Acceso al sistema sanitario

El acceso al sistema sanitario vasco por parte de personas originarias de Uganda y del África centro-oriental está marcado por una baja presencia demográfica y una alta vulnerabilidad estructural. Aunque las leyes vigentes en Euskadi y España garantizan el derecho universal a la salud, en la práctica persisten múltiples obstáculos que impiden su ejercicio efectivo.

Según estudios internacionales y estatales, las personas migrantes tienden a utilizar menos los servicios de salud que la población autóctona, incluso cuando existe necesidad médica. Factores como el país de origen, el tiempo de residencia y el estatus legal influyen notablemente. Además, el llamado efecto del migrante sano -por el cual las personas migrantes recién llegadas presentan un mejor estado de salud- puede ocultar desigualdades estructurales y necesidades sanitarias no atendidas.

La población africana en Euskadi representa un 2,4% del total de personas extranjeras. Sin embargo, dentro de esta categoría, la presencia de personas procedentes de Uganda y países vecinos como RD Congo, Etiopía, Kenia, Somalia o Angola es muy reducida, sumando en total unas 1.200 personas empadronadas. Esta baja representación estadística contribuye a su invisibilización y a la falta de políticas específicas. Sin embargo, su análisis cualitativo permite visibilizar realidades críticas y estructurales que afectan a colectivos migrantes racializados en su conjunto.

En definitiva, el estudio revela una intersección entre invisibilidad demográfica, barreras normativas y discriminación estructural, que limita el acceso efectivo a la salud y exige un enfoque institucional más inclusivo, interseccional y culturalmente sensible.

Principales barreras identificadas

Se identificaron 13 grandes barreras que dificultan o limitan el acceso equitativo a la salud de esta población:

1) Situación jurídica: la irregularidad administrativa y la falta de empadronamiento dificultan la obtención de la tarjeta sanitaria y generan facturas disuasorias.

2) Idioma: las barreras lingüísticas afectan gravemente la comunicación clínica y el seguimiento médico.

3) Acceso rural-urbano: las personas residentes fuera de núcleos urbanos encuentran mayores dificultades geográficas.

4) Accesibilidad digital: el acceso limitado a internet, dispositivos móviles y habilidades digitales impide el uso de herramientas sanitarias online.

5) Barreras culturales: diferencias en la cosmovisión sobre salud/enfermedad, desconfianza en el sistema, y estereotipos de los/as profesionales afectan la atención.

6) Barreras de género: preferencia por personal sanitario del mismo género, decisiones médicas condicionadas por la pareja, y dificultades en salud sexual y reproductiva.

7) Red de apoyo y situación laboral: complica el seguimiento de tratamientos y citas.

8) Recursos económicos: dificultan el acceso a medicación, tratamientos no cubiertos o sanidad privada.

9) Conocimiento y uso del sistema sanitario: produce miedo a cobros, desinformación y baja utilización del sistema.

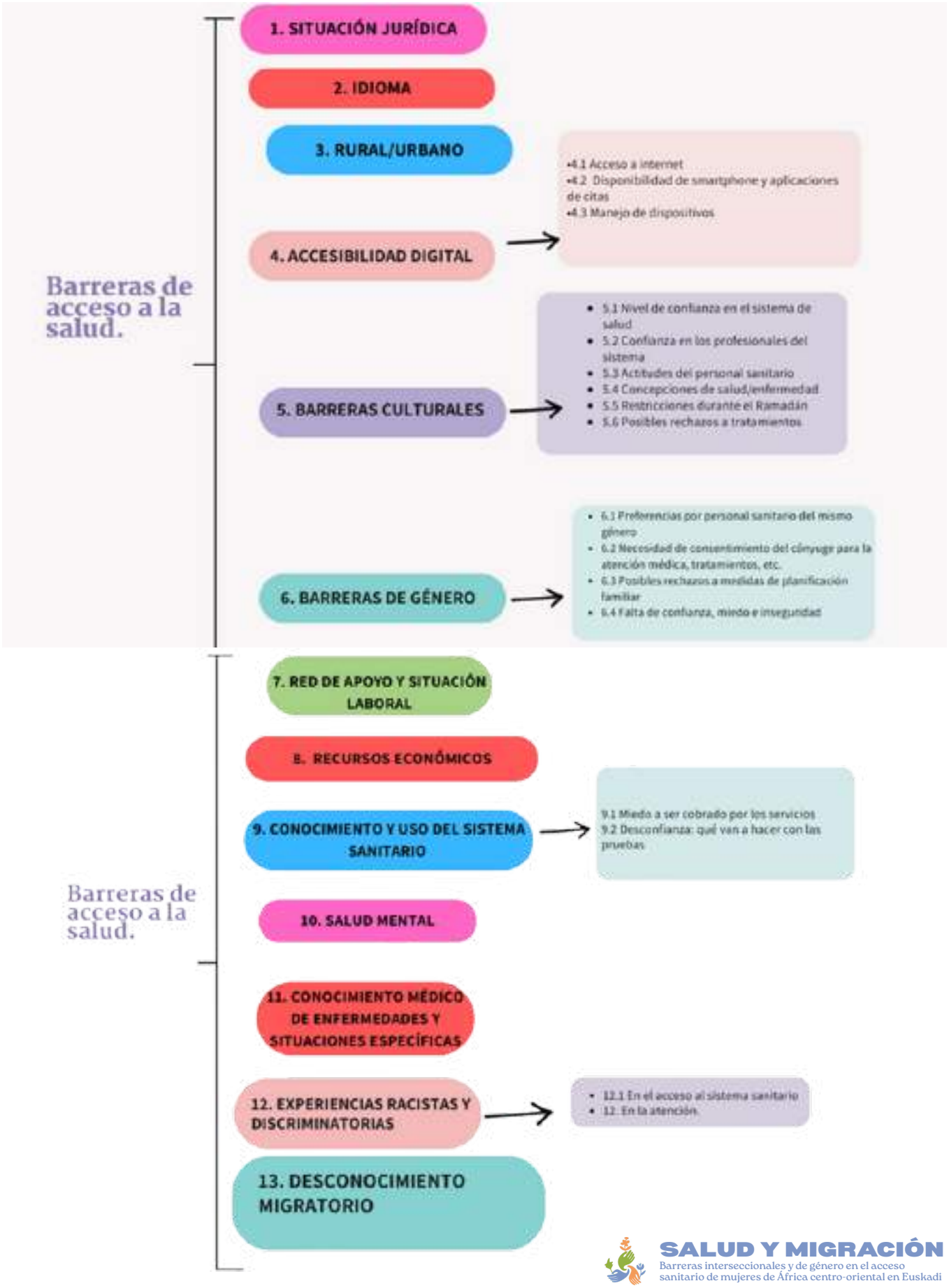
10) Salud mental: las experiencias de trauma migratorio y exclusión no son adecuadamente atendidas.

11) Conocimiento médico de enfermedades y situaciones específicas prevalentes en personas migrantes: ETS, MGF, enfermedades tropicales, etc.

12) Experiencias racistas y discriminatorias: trato desigual, paternalismo o prejuicios explícitos por parte de profesionales sanitarios y administrativos.

13) Desconocimiento de los procesos migratorios por parte del personal sanitario: falta de empatía y comprensión que afecta la calidad de la atención.

Resumen de barreras identificadas



Hallazgos

El análisis cualitativo del trabajo de campo, desarrollado mediante entrevistas en profundidad a mujeres migrantes y profesionales del ámbito sanitario y social, permite identificar un conjunto consistente de barreras estructurales, administrativas, culturales y simbólicas que obstaculizan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas de origen ugandés y de países de su región residentes en Euskadi, con especial afectación a las mujeres.

Los hallazgos se agrupan en los siguientes bloques temáticos:

1) Situación jurídica y empadronamiento:

"El empadronamiento se ha convertido en un objeto de especulación." (Profesional de organización social, Euskadi)

- La falta de documentación regular, especialmente en los primeros meses de estancia, limita el acceso a la tarjeta sanitaria y genera temor a represalias, facturación o exclusión del sistema.
- La imposibilidad de empadronarse en algunos municipios conlleva una exclusión práctica del derecho a la salud, pese a las disposiciones de la Instrucción 1/2023.
- Se identifican prácticas especulativas en el empadronamiento, como el cobro de alquileres ficticios o sobrecostes a personas migrantes vulnerables.

2) Idioma y comunicación:

"Es frustrante no poder comunicarte con quien tiene la solución a tu problema." (Mujer, RD Congo)

- Las barreras lingüísticas son generalizadas, tanto por desconocimiento del español y/o euskera como por la falta de servicios de traducción accesibles.
- Muchas mujeres deben recurrir a sus hijos/as o a aplicaciones móviles para traducir términos médicos.
- El uso de herramientas como Dualia (servicio de teletraducción) no está normalizado en todos los centros, y los profesionales sanitarios reconocen desconocimiento o falta de formación en su uso.

3) Acceso rural-urbano:

"Tengo que coger el último bus. Si se me pasa, ya no llego al ambulatorio." (Mujer, Angola)

- Las personas residentes fuera de núcleos urbanos enfrentan mayores dificultades geográficas y de transporte.

4) Brechas digitales:

"Tengo acceso digital limitado... manejo el móvil 'poco, poco'." (Mujer, RD Congo)

- Existen grandes dificultades para acceder al sistema sanitario a través de medios digitales (citas online, aplicaciones de salud, portales de pacientes).
- Las causas son múltiples: baja alfabetización digital, ausencia de conexión estable, falta de dispositivos o inseguridad digital.

5) Barreras culturales y desconfianza en el sistema:

"Siempre paracetamol... estamos cansadas de paracetamol." (Mujer, RD Congo)

- Las diferencias culturales respecto a la concepción de salud y enfermedad, el papel del personal sanitario y los tratamientos, dificultan el acceso y la adherencia terapéutica.
- Se detecta una desconfianza aprendida hacia el sistema, derivada de experiencias de desprecio, invisibilización del dolor o falta de escucha activa.
- Las actitudes de parte del personal, incluso cuando no son abiertamente hostiles, pueden reforzar esta desconfianza debido a sesgos inconscientes o prácticas paternalistas.

6) Inequidad de género:

"Me estaban revisando a mí, pero al que le hablaba era a mi pareja."(Mujer, Etiopía)

- Muchas mujeres entrevistadas prefieren ser atendidas por profesionales del mismo género, especialmente en salud sexual y ginecológica, pero esta opción no siempre está garantizada.
- Se identifican casos donde la autonomía médica de las mujeres se ve condicionada por sus parejas, lo cual representa una grave vulneración de derechos.
- Existen creencias, temores y experiencias negativas con anticonceptivos hormonales, que no siempre son abordadas de forma informada ni respetuosa por el sistema.

7) Red de apoyo y situación laboral:

"Cuando estaba enferma no tenía a nadie que me ayudara. Tuve que cuidar a mis hijos y a mí misma." (Mujer, Somalia)

- La ausencia de redes familiares o comunitarias, junto con empleos precarios, dificulta el seguimiento de tratamientos médicos.

8) Recursos económicos:

"No tengo dinero para comprar los medicamentos que me mandaron. Tuve que dejar el tratamiento." (Mujer, RD Congo)

- Dificultan el acceso a medicación, tratamientos no cubiertos o sanidad privada.

9) Conocimiento y uso del sistema sanitario:

"Cuando tenga el padrón, voy a pedir la sanidad. Ahora mismo no sé cómo funciona." (Mujer, Somalia)

- El desconocimiento genera miedo a cobros, desinformación y baja utilización del sistema.

10) Salud mental:

"Nadie descubrió mi depresión. Pasé tres años malísimos. Solo me daban cinco minutos." (Mujer, RD Congo)

- La salud mental es uno de los ámbitos más invisibilizados, pese al sufrimiento psicosocial derivado de procesos migratorios forzados, violencia sexual, desplazamiento o desarraigo.
- No se han detectado recursos suficientemente accesibles ni culturalmente adaptados, y la mayoría de las personas entrevistadas no han sido derivadas a atención psicológica formal.

11) Falta de formación sanitaria en enfermedades prevalentes:

"¿En serio no hay ningún dermatólogo en España que entienda la piel 'negra'? Es una vergüenza." (Mujer, Etíope)

- Se reporta un desconocimiento técnico por parte del personal sanitario sobre enfermedades específicas o condiciones que afectan de manera significativa a población africana:
  - o Mutilación genital femenina (MGF)
  - o Infecciones tropicales
  - o Manifestaciones dermatológicas en piel negra
  - o Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
  - o Trastornos ligados al trauma y el desplazamiento

12) Racismo y discriminación institucional:

"Nos tratan como si fuéramos invencibles. Mujer, negra, joven... entonces nada puede dolerte." (Mujer, Etiopía)

- Se identifican múltiples testimonios de trato diferenciado, condescendiente o discriminatorio, tanto en la fase de acceso (ventanilla) como durante la atención médica.
- Estos tratos están atravesados por estereotipos raciales, especialmente hacia mujeres negras, sobre su umbral del dolor, su comportamiento o sus necesidades.
- El racismo también se manifiesta en la infrarrepresentación de profesionales racializados en el sistema de salud, lo que refuerza la sensación de exclusión.

13) Desconocimiento institucional de la realidad migratoria:

"A los sanitarios en formación hay que enseñarles las realidades sanitarias de los países de origen. No saben lo duro que puede ser. Necesitamos profesionales con más empatía. Que no tengan miedo de actuar ante MGF o violencia." (Profesional sanitario Osakidetza, Euskadi)

- Se constata una falta de empatía y formación en procesos migratorios por parte del personal sanitario.
- La falta de formación impacta en la calidad del trato y en la comprensión de la situación social y emocional de las personas migrantes.

Hallazgos transversales

- Las barreras identificadas no operan de forma aislada, sino interseccionada: género, raza, estatus migratorio, idioma, discapacidad, entre otros.
- Se reproducen prácticas institucionales que vulneran derechos básicos, pese a existir un marco legal que garantiza el acceso universal.
- Las mujeres entrevistadas muestran una gran capacidad de resiliencia y agencia, a pesar de la discriminación y obstáculos sistemáticos, destacando redes informales de apoyo, estrategias de cuidado mutuo y demanda activa de mejora del sistema.

Conclusiones

Este informe preliminar confirma que las personas de Uganda y de la región africana oriental enfrentan un entramado complejo de barreras estructurales, administrativas, culturales y raciales para ejercer su derecho a la salud en Euskadi.

Acceso limitado e inequitativo a la salud

- El acceso al sistema sanitario vasco por parte de personas de origen ugandés y de países de la región es limitado y desigual en comparación con otras poblaciones extranjeras.
- Persisten barreras jurídicas, administrativas, culturales y económicas que condicionan el ejercicio efectivo del derecho a la salud, especialmente para mujeres en situación de vulnerabilidad.

Desigualdades agravadas por factores interseccionales

- Las mujeres migrantes enfrentan discriminaciones múltiples por razones de género, origen étnico-racial, idioma, clase y situación administrativa.
- Estas discriminaciones se entrecruzan y refuerzan, generando situaciones de exclusión sanitaria más complejas.

Carencias estructurales en el sistema sanitario

- Existen déficits de formación del personal sanitario y administrativo en materia de diversidad cultural, salud intercultural, procesos migratorios y enfermedades prevalentes en población africana.
- La falta de servicios de interpretación adecuados, materiales multilingües y protocolos sensibles a la diversidad impacta en la calidad de la atención.

Barreras culturales, simbólicas y emocionales

- La desconfianza en el sistema sanitario, alimentada por experiencias previas de discriminación o invisibilización, reduce la adherencia terapéutica.
- La falta de referentes culturales y la imposición de un modelo biomédico sin escucha activa debilita el vínculo médico-paciente.

Desigualdad territorial y digital

- Las personas residentes fuera de núcleos urbanos y aquellas con baja alfabetización digital se ven especialmente perjudicadas en el acceso a servicios de salud, incluyendo la citación online o el seguimiento médico virtual.

Salud mental invisibilizada

- La salud mental sigue siendo un ámbito desatendido, pese a que muchas mujeres entrevistadas relatan traumas derivados de la migración, violencia sexual o el desarraigo.
- No existen recursos psicológicos accesibles ni culturalmente adecuados para esta población.

Racismo y discriminación institucional

- Se identifican prácticas institucionales que reproducen racismo estructural, tanto en la fase de acceso (ventanilla) como durante la atención médica.
- El trato desigual, el paternalismo y los prejuicios hacia mujeres negras impactan directamente en su salud física y emocional.

Resiliencia, agencia y capacidad de las mujeres migrantes

- A pesar de los obstáculos, las mujeres entrevistadas demuestran una fuerte capacidad de agencia, generando redes informales de apoyo y estrategias de autocuidado.
- Sus voces y experiencias son fundamentales para diseñar políticas públicas sanitarias más inclusivas, interculturales y con enfoque de derechos.

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones que a continuación detallamos, deben entenderse como herramientas propositivas de transformación del sistema sanitario hacia una mayor equidad, calidad y universalidad, y como respuesta institucional a las múltiples formas de exclusión y violencia estructural que enfrentan las personas de Uganda y la región residentes en Euskadi.

Se basan en experiencias, testimonios y propuestas no solo de las propias mujeres migrantes entrevistadas, sino también de la extensa experiencia de diversos profesionales de ámbito social y sanitario de Euskadi.

A. Recomendaciones para las administraciones públicas

1. Marco normativo y administrativo

- Asegurar la aplicación efectiva y universal de la Instrucción 1/2023 sobre residencia efectiva en Euskadi para personas extranjeras sin autorización de residencia.
- Eliminar prácticas disuasorias como la facturación anticipada o la exigencia de empadronamiento para acceder a servicios esenciales.
- Establecer canales de reclamación accesibles para denunciar irregularidades administrativas en el acceso al sistema sanitario.
- Facilitar el empadronamiento como un derecho, evitando su mercantilización y aplicando medidas de control frente a prácticas especulativas.

2. Formación del personal sanitario y administrativo

- Incluir formación antirracista obligatoria con contenidos sobre:
  - o Racismo institucional, sesgos inconscientes y privilegio blanco.
  - o Comunicación intercultural y enfoque decolonial.
  - o Adaptación de los principios bioéticos a contextos culturales diversos.
- Diseñar módulos formativos sobre enfermedades específicas:
  - o VIH, ITS, MGF, tuberculosis, enfermedades tropicales y dermatológicas en piel negra.
  - o Abordaje integral del trauma migratorio, especialmente en salud mental.
- Dotar a los profesionales de herramientas prácticas para el manejo de la diversidad en la atención.

3. Atención con enfoque intercultural e interseccional

- Incorporar mediación intercultural de forma estructural y permanente, más allá de servicios puntuales de teletraducción.
- Crear espacios de escucha y participación donde las mujeres migrantes puedan expresar sus necesidades en salud sin juicio.
- Asegurar que las mujeres puedan elegir ser atendidas por profesionales del mismo género, especialmente en salud sexual y reproductiva.

4. Acceso lingüístico y digital

- Garantizar el uso efectivo y regular de servicios de interpretación como Dualia, con formación al personal sobre su funcionamiento y confidencialidad.
- Traducir materiales informativos y folletos sanitarios a los principales idiomas de la población objetivo: inglés, francés, suajili, somalí, amárico, lingala, etc.
- Incluir medidas para reducir la brecha digital en salud:
  - o Oficinas presenciales de tramitación.
  - o Apoyo al uso de apps de citas médicas y portales digitales.

5. Salud mental

- Reforzar la red pública de salud mental desde un enfoque comunitario, culturalmente sensible y con recursos específicos para mujeres migrantes.
- Replicar buenas prácticas como el programa ERDU en otros territorios.
- Incluir perspectiva de trauma y desplazamiento forzoso en los protocolos de atención psicológica.

6. Género y salud sexual y reproductiva

- Eliminar toda práctica que condicione la atención médica al consentimiento del cónyuge.
- Diseñar campañas de información sobre anticoncepción, consentimiento informado y derechos reproductivos dirigidas a mujeres migrantes.
- Incorporar contenidos sobre MGF, violencias sexuales y planificación familiar en la formación de los equipos sanitarios.

7. Datos, evaluación y transparencia

- Incorporar variables étnico-raciales, país de origen y estatus migratorio en los sistemas de recogida de datos sanitarios.
- Publicar informes periódicos con datos desagregados que permitan evaluar la equidad en el acceso y resultados en salud.
- Establecer indicadores específicos para medir la calidad de la atención a población migrante y racializada.

B. Recomendaciones para organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales

1. Acompañamiento individual y colectivo

- Reforzar el acompañamiento a mujeres migrantes en el acceso a citas médicas, diagnósticos, tratamientos y recursos complementarios.
- Formar a mediadoras comunitarias para facilitar la relación entre personas migrantes y el sistema de salud.

2. Alfabetización sanitaria y digital

- Desarrollar talleres sobre el funcionamiento del sistema de salud vasco, derechos sanitarios, procesos administrativos y uso de aplicaciones.
- Implementar acciones de alfabetización digital orientadas a la gestión sanitaria básica (citas, seguimiento médico, etc.)

3. Empoderamiento y redes comunitarias

- Promover el liderazgo de mujeres migrantes en temas de salud, autocuidado y derechos.
- Facilitar redes comunitarias de apoyo emocional, logístico y sanitario entre mujeres de los mismos contextos culturales.

4. Denuncia y sensibilización

- Documentar y visibilizar casos de racismo y discriminación en el sistema sanitario.
- Establecer canales seguros y anónimos para que las mujeres migrantes puedan reportar malas prácticas o vulneraciones de derechos.

5. Intervención con perspectiva interseccional

- Diseñar programas que consideren las múltiples discriminaciones que enfrentan mujeres migrantes racializadas, en situación administrativa irregular, con discapacidad o en situación de calle.
- Promover alianzas con entidades antirracistas, feministas y de cuidados para diseñar acciones integrales.

6. Colaboración institucional

- Participar activamente en espacios de coordinación y elaboración de políticas públicas (Comisión de Salud, foros migratorios, etc.).
- Proponer mejoras normativas y técnicas desde la experiencia de acompañamiento a las personas migrantes.

Esta publicación aborda la existencia de barreras estructurales, administrativas, culturales y raciales en el acceso a la salud a través de los testimonios, experiencias y voces de personas, particularmente mujeres, de Uganda y la región residentes en Euskadi. También aportaron sus conocimientos y experiencias profesionales de ámbito social y sanitario de la comunidad.

Este resumen pone en evidencia cómo la integración del enfoque de género, derechos humanos e interculturalidad en las políticas y servicios sanitarios es fundamental para garantizar el derecho a la salud de forma efectiva, inclusiva y equitativa.

tatu lotura

tatulotura.farmamundi.org

Un proyecto de: farmamundi

Colabora: cidalia Consultoría en Diversidad

Financiado por: Lankidetzarako eta Elkartasunerako Euskal Agentzia / Agencia Vasca de Cooperación y Solidaridad; Euskо Jaurlaritza / Gobierno Vasco