

Salud y migración: barreras interseccionales y de género en el acceso sanitario de mujeres africanas en Euskadi

Health and Migration: Intersectional and Gender Barriers in Healthcare Access for African Women in The Basque Country

Nuria Lores Sánchez
CIDALIA

E-mail: nuria.lores@cidalia.es

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2053-1936>

Jesús Migallón Sanz
CIDALIA

E-mail: jesus.migallon@cidalia.es

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4825-8924>



Autores



Este artículo examina las barreras que enfrentan las mujeres migrantes de África centro-oriental para acceder al sistema sanitario vasco. Mediante una metodología cualitativa basada en entrevistas a mujeres, profesionales sanitarios y entidades sociales, se identifican obstáculos estructurales, administrativos y simbólicos que limitan el ejercicio del derecho a la salud. Entre ellos destacan la situación jurídica irregular, la falta de información accesible, la precariedad laboral, el racismo y el sexismo institucionales y el desconocimiento médico sobre enfermedades comunes en esta población. Además, se observa una escasa sensibilidad ante el sufrimiento psicosocial vinculado al proceso migratorio. Desde un enfoque interseccional y feminista, el análisis evidencia cómo estas barreras generan desigualdad y desconfianza hacia el sistema. El artículo concluye con propuestas para avanzar hacia una atención sanitaria más intercultural, empática y adaptada a las realidades de las personas migrantes, como condición necesaria para garantizar una sanidad pública más equitativa y respetuosa con la diversidad.



Resumen

This article examines the barriers migrant women from Central and East Africa face in accessing the Basque healthcare system. Using a qualitative methodology based on interviews with women, healthcare professionals, and social organizations, it identifies structural, administrative, and symbolic obstacles that limit the exercise of the right to health. These include irregular legal status, lack of accessible information, job insecurity, institutional racism and sexism, and medical ignorance about common diseases in this population. In addition, there is little sensitivity to the psychosocial suffering associated with the migration process. From an intersectional and feminist perspective, the analysis shows how these barriers generate inequality and mistrust of the system. The article concludes with proposals for moving towards more intercultural, em-

pathetic healthcare that is adapted to the realities of migrants, as a necessary condition for ensuring a more equitable public health system that respects diversity.

Salud de la mujer; África Central y Oriental; mujeres migrantes; País Vasco; interseccionalidad

Women's health; Central East Africa; migrant women; Basque Country; intersectionality



Key words

Recibido: 16/01/2026. Aceptado: 27/03/2026



Fechas

1. Introducción

El acceso a la atención sanitaria es un derecho reconocido tanto por el marco jurídico internacional como por la legislación nacional española. No obstante, su ejercicio efectivo se ve condicionado por múltiples barreras que afectan especialmente a las personas migrantes y, en particular, a las mujeres, cuya experiencia migratoria está atravesada por dinámicas estructurales de desigualdad. En el caso de Euskadi, las mujeres migrantes africanas provenientes de países como Uganda, Etiopía, República Democrática del Congo, Kenia, República Centroafricana, Somalia o Angola enfrentan obstáculos específicos que combinan factores administrativos, económicos, culturales, de género y raciales.

Si bien existe un sistema público de salud que garantiza la cobertura en términos formales, en la práctica muchas mujeres migrantes se encuentran con un entramado de exclusión que limita su acceso real, su comprensión del sistema y su derecho a una atención digna, intercultural y adaptada a sus necesidades. Tal como han señalado diversos estudios (Sarría-Santamera et al., 2016; Hirmas Adauy et al., 2013), las barreras en salud no son homogéneas y deben analizarse desde un enfoque interseccional que contemple la interacción entre género, origen, estatus legal y clase social, entre otros determinantes sociales.

Desde una perspectiva comparada, la literatura internacional ha mostrado que las barreras de acceso al sistema sanitario entre poblaciones migrantes presentan patrones recurrentes en distintos contextos europeos, aunque con variaciones relevantes según el modelo sanitario y las políticas de integración (Norredam et al., 2010; Rechel et al., 2013). En países con sistemas universales como España o Italia, las principales barreras suelen estar vinculadas a obstáculos administrativos y lingüísticos, así como a dinámicas de discriminación institucional, mientras que en sistemas más fragmentados, como el estadounidense, predominan barreras económicas o relacionadas con la cobertura del seguro. En este sentido, el análisis del caso vasco permite contribuir al debate científico comparado al mostrar cómo, incluso en sistemas sanitarios formalmente universales, persisten desigualdades estructurales asociadas a la racialización, la invisibilidad estadística de determinados colectivos migrantes y la falta de adaptación intercultural de los servicios sanitarios.

Aunque el presente estudio se centra en mujeres migrantes procedentes de África centro-oriental residentes en Euskadi, resulta relevante situar este análisis en el marco de la literatura comparada sobre salud y migración. En el contexto español, investigaciones sobre mujeres latinoamericanas, magrebíes o de Europa del Este muestran patrones diferenciados de ac-

ceso y uso de los servicios sanitarios, asociados tanto a factores institucionales como a procesos de estratificación social y racial. Esta perspectiva permite contextualizar la especificidad del colectivo analizado, especialmente en relación con su baja visibilidad estadística y los procesos de racialización que atraviesan sus experiencias.

A diferencia de otros colectivos migrantes más estudiados en España, como las poblaciones latinoamericanas o magrebíes, las personas procedentes de África centro-oriental presentan una presencia demográfica reducida y una menor visibilidad en las estadísticas oficiales, lo que ha limitado el desarrollo de investigaciones específicas sobre sus experiencias de acceso a los servicios sanitarios. Esta atención académica limitada refuerza la necesidad de estudios específicos que permitan comprender sus experiencias en relación con el acceso a los servicios sanitarios.

El presente artículo examina estas barreras a partir de la voz directa de las mujeres migrantes entrevistadas, incorporando también el testimonio de profesionales del ámbito sanitario y del tercer sector. Mediante una metodología cualitativa, se identifican los principales factores que dificultan el acceso y la calidad de la atención sanitaria, y se analiza cómo la falta de conocimiento del contexto migratorio, el racismo institucional y la invisibilización del sufrimiento psicosocial condicionan el derecho a la salud. Desde un enfoque feminista y antirracista, el artículo propone evidenciar estas desigualdades para avanzar hacia políticas sanitarias más justas e inclusivas.

2. Acceso a la salud de las personas migrantes procedentes de África centro-oriental en Euskadi

Aunque las personas procedentes de países de África centro-oriental representan un colectivo demográficamente reducido en Euskadi, su análisis resulta relevante desde una perspectiva científica por al menos dos razones. En primer lugar, se trata de un grupo migrante escasamente estudiado en la literatura sobre salud y migración en el contexto español, donde la mayoría de las investigaciones se han centrado en poblaciones latinoamericanas o magrebíes. Analizar sus experiencias permite ampliar el conocimiento sobre colectivos con menor visibilidad estadística y social, cuyas trayectorias migratorias y condiciones de racialización pueden generar dinámicas específicas en el acceso a los servicios públicos.

En segundo lugar, el caso del sistema sanitario vasco ofrece un contexto particularmente relevante para el análisis, dado que se trata de un sistema de salud público con cobertura universal y un desarrollo institucional relativamente avanzado en políticas de inclusión. Estudiar las experiencias de mujeres migrantes en este contexto permite explorar cómo persisten determinadas barreras —administrativas, culturales o vinculadas a procesos de racialización— incluso en sistemas sanitarios formalmente inclusivos. En este sentido, el caso vasco no pretende ser plenamente representativo de otros contextos, pero sí ofrece un escenario analítico útil para comprender cómo se configuran las desigualdades en el acceso a la salud dentro de sistemas de salud universales.

Bajo el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Wilkinson y Marmot, 2003), el origen racial o étnico se considera un eje de desigualdad a tener en cuenta al analizar la salud de la población (González-Rábago y Martín, 2019). En esta línea, la revisión sistemática realizada por Sarría-Santamera et al. (2016) analiza las diferencias en el uso de los servicios de salud entre poblaciones migrantes y nati-

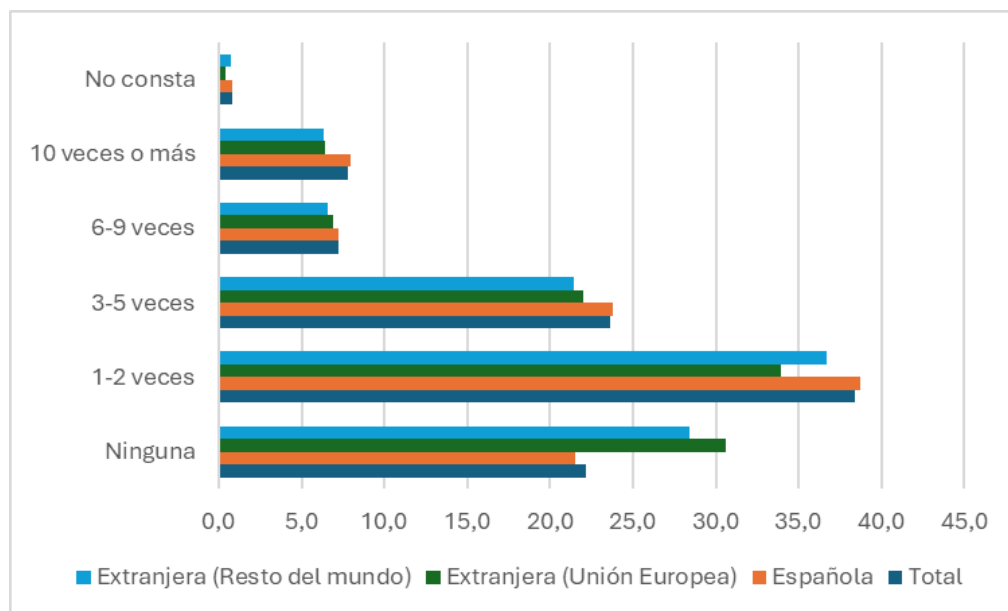
vas, centrándose en estudios publicados entre junio de 2013 y febrero de 2016. Aunque no se aborda específicamente el caso de personas procedentes de Uganda o de África centro-oriental en Euskadi, los hallazgos generales proporcionan un marco de referencia para comprender los desafíos que podrían enfrentar estos grupos en el acceso al sistema sanitario vasco. Entre sus principales conclusiones destacan, por un lado, una menor utilización de los servicios de salud por parte de la población inmigrante en comparación con la población nativa, incluso ajustando por necesidad y variables sociodemográficas, y, por otro, una elevada variabilidad entre subgrupos migrantes, influida por factores como el país de origen, el estatus legal, los motivos de migración y el tiempo de residencia.

El tiempo de residencia también es un elemento central para comprender las desigualdades en salud asociadas al estatus migratorio. Numerosos estudios (Gotsens et al., 2015; Rivera et al., 2020) han mostrado lo que se ha denominado *el efecto del migrante sano*, por el cual el estado de salud de las personas migrantes recién llegadas es mejor que el de la población autóctona, pero este se va deteriorando en mayor medida con el paso del tiempo (Gotsens et al., 2015). De hecho, es conocido que las personas que migran suelen ser jóvenes y sanas, y existe evidencia de que incluso en los países de origen la salud de los migrantes es mejor que la del resto de la población de origen, lo que indica un posible sesgo de selección llamado *healthy worker*. Este sesgo se refiere a la tendencia de que las personas que migran, ya sea interna o internacionalmente, suelen ser más saludables que quienes no lo hacen. Utilizando datos longitudinales de alta calidad (Lu, 2008) se realizan comparaciones de la salud antes de la migración de individuos que se trasladaron con aquellos que permanecieron en sus lugares de origen. Los resultados mostraron que los migrantes presentaban mejores indicadores de salud previos a la migración, lo que sugiere que la salud influye en la decisión de migrar. Este hallazgo es consistente incluso después de controlar por factores no observados a nivel del hogar.

Este sesgo de selección tiene implicaciones importantes para la interpretación de los datos de salud de las poblaciones migrantes. En contextos como Euskadi, donde la población procedente de África centro-oriental es reducida y poco representada en las estadísticas oficiales, resulta crucial considerar que las personas migrantes que logran establecerse pueden no reflejar la salud general de sus comunidades de origen. Además, este sesgo puede ocultar las necesidades de salud de migrantes con peores condiciones de salud que no migran o que regresan a sus países de origen. Por lo tanto, al analizar el acceso al sistema sanitario de estos grupos en Euskadi, es esencial tener en cuenta estas dinámicas de selección para evitar conclusiones erróneas sobre su estado de salud y sus necesidades asistenciales.

Algunos datos son claramente significativos en este sentido, tal y como se señala en el Módulo de Salud de la Encuesta de Condiciones de Vida (2022), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE): las tasas de acceso de las personas migrantes a los diferentes niveles asistenciales de los servicios de salud son significativamente menores que las de la población española. El 65% de las personas extranjeras no ha realizado ninguna consulta al médico de familia, o lo ha hecho 1 o 2 veces durante el último año, siendo esta tasa del 82% en el caso de la consulta con el especialista.

Gráfico 1. Personas de 16 y más años según número de consultas al médico de familia en los últimos 12 meses por nacionalidad



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2022)

Estas dinámicas pueden ser relevantes para el análisis del acceso a la salud de las personas procedentes de África centro-oriental en Euskadi. La escasa representación estadística de estas poblaciones en la región podría dificultar la identificación y el abordaje de sus necesidades específicas. Además, existen otros factores, como barreras lingüísticas, diferencias culturales en la percepción de la salud y posibles situaciones de irregularidad administrativa, que podrían contribuir a una menor utilización de los servicios de salud por parte de estas comunidades.

Según los datos más recientes del Censo de Población y Viviendas de Eustat (2024), las personas con nacionalidad extranjera representan un 9,9% del total de la población en Euskadi, cifra que asciende al 13,5% si se considera el lugar de nacimiento, una diferencia porcentual que se debe a las personas que ya han adquirido la nacionalidad española. Sin embargo, dentro de esta población extranjera, la presencia de personas africanas representa el 24,6%, con una mayoría abrumadora procedente del Magreb. Las nacionalidades subsaharianas están encabezadas por Senegal y Nigeria, mientras que la presencia de personas provenientes de Uganda, de la República Democrática del Congo, de Kenia, de Angola, de Etiopía o de Somalia es significativamente menor.

El análisis detallado del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022) muestra que el total combinado de personas procedentes de Angola, Etiopía, R. D. del Congo, Kenia y de la categoría “Resto de África” no supera las 1200 personas empadronadas en Euskadi. A pesar de esta baja representación, existen desafíos específicos en el acceso a la salud, especialmente para mujeres migrantes, cuyas experiencias han sido recogidas en el marco de este estudio cualitativo mediante entrevistas a residentes en Euskadi y a profesionales en terreno.

Desde una perspectiva normativa, si bien la legislación española (Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al sistema nacional de salud) y vasca (Ley 13/2023, de 30 de noviembre, de Salud Pública de Euskadi) reconoce formalmente el derecho universal a

la protección de la salud, persisten condicionantes administrativos que operan como barreras efectivas para muchas personas migrantes, especialmente aquellas en situación administrativa irregular o sin empadronamiento. Esta contradicción entre el marco legal y su implementación práctica se ve reflejada en el Informe de línea de base sobre el cumplimiento del Pacto Mundial para la Migración (Resolución aprobada por la Asamblea General el 7 de junio de 2022 que recoge la declaración sobre los progresos del foro de examen de la migración internacional, 2022), el cual señala deficiencias estructurales y procedimentales que afectan gravemente el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación o la vivienda. Dicho informe identifica la irregularidad administrativa como uno de los principales factores de exclusión, particularmente para colectivos con especial vulnerabilidad interseccional, como mujeres migrantes, infancia, personas LGTBIQ+ y trabajadoras del hogar.

En lo relativo al acceso sanitario, el informe documenta cómo, pese al reconocimiento legal, persisten obstáculos administrativos, informativos y prácticos que impiden su ejercicio efectivo. La falta de formación del personal sanitario y administrativo sobre la normativa vigente, junto con la ausencia de protocolos claros y uniformes, contribuye a la reproducción de estas barreras. Asimismo, se constata la existencia de prácticas discriminatorias y discursos estigmatizantes que inciden negativamente en la salud física y mental de las personas migrantes (Médicos del Mundo, 2023, 2024).

En cuanto a la adecuación del sistema sanitario a contextos de diversidad, se observa una respuesta institucional insuficiente. Aunque 14 comunidades autónomas, incluida Euskadi, disponen de servicios de teletraducción, no existen datos públicos sobre su uso ni una evaluación sistemática de su efectividad. Del mismo modo, la mediación intercultural en el ámbito sanitario se limita a experiencias puntuales y carece de una estrategia integrada. A ello se suma la falta de transparencia y de desagregación de datos sobre personas extranjeras con tarjeta sanitaria o acreditación de derecho a la atención, lo que dificulta un análisis riguroso de la equidad en el acceso al sistema. En este contexto, y pese a la ausencia de informes oficiales sistemáticos, organizaciones como Médicos del Mundo (2023) han documentado diversas situaciones que evidencian la persistencia de obstáculos en el acceso al sistema sanitario, entre ellas la denegación de atención por la imposibilidad de acreditar la residencia efectiva, las dificultades para el empadronamiento que conllevan en la práctica la exclusión del derecho a la atención sanitaria, así como negativas a prestar asistencia por no estar cubierta por el país de origen. Asimismo, se registran casos especialmente preocupantes que afectan a colectivos vulnerables, como menores de edad a quienes se les ha denegado la asistencia sanitaria y mujeres embarazadas no atendidas, en su mayoría por no poder acreditar una estancia mínima de 90 días en España.

En total, Médicos del Mundo (2023) registró más de 17 000 barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud entre enero y septiembre de ese año. Estas cifras reflejan la persistencia de obstáculos administrativos, económicos, culturales e informativos que afectan especialmente a las personas en situación de vulnerabilidad. Entre los casos más relevantes destacan: 2488 personas sin posibilidad de empadronamiento, 1415 situaciones de denegación por no acreditar residencia, 243 menores y 112 mujeres embarazadas sin acceso a la atención sanitaria o a los derechos sanitarios, así como casos en los que se exigió un seguro médico privado.

Este diagnóstico empírico se alinea con los aportes teóricos de Arcaya et al. (2015) y Hirmas Aday et al. (2013), quienes señalan que las barreras de acceso a la salud se inscriben en dinámicas estructurales de desigualdad, configuradas por factores económicos, administrativos, legales, geográficos y culturales. La ausencia de información accesible, la distancia a los centros

de salud y la falta de adecuación intercultural del sistema profundizan la exclusión, especialmente en contextos de racialización y de migración forzada.

En este marco, el estudio cualitativo realizado permite visibilizar cómo estas barreras operan en la vida cotidiana de mujeres procedentes de África centro-oriental residentes en Euskadi. Sus testimonios revelan la interacción entre obstáculos normativos, discriminación institucional y una atención sanitaria poco sensible a la diversidad, lo que compromete gravemente el ejercicio del derecho a la salud y refuerza las dinámicas de exclusión estructural en el sistema sanitario.

3. Metodología

Este artículo presenta los resultados de una investigación desarrollada por un equipo intercultural (angoleño, senegalés, afrovasco y madrileño) y multidisciplinar (antropología, sociología, economía y trabajo social). Desde un enfoque interseccional, de género y basado en derechos humanos, el estudio analiza los obstáculos que enfrentan las personas migrantes, especialmente las mujeres procedentes de África centro-oriental residentes en Euskadi. A través de entrevistas individuales y de una revisión normativa y documental, se identifican barreras que afectan, de forma directa e indirecta, el ejercicio del derecho a la salud.

La investigación se enmarca en el enfoque de investigación aplicada, orientado a la generación de conocimiento con capacidad de intervención social “conocer para hacer, para actuar”; (Ander-Egg, 2011). Este enfoque ha permitido no solo analizar las barreras de acceso a la salud de las personas procedentes de África centro-oriental residentes en Euskadi, sino también orientar los resultados hacia la formulación de recomendaciones y acciones de sensibilización y formación.

En coherencia con este enfoque, el diseño metodológico se ha sustentado en tres pilares principales: el enfoque participativo (Colmenares, 2012), el enfoque de género e interseccionalidad (Crenshaw, 1989) y el enfoque basado en Derechos Humanos (Institut de Drets Humans de Catalunya, 2014). Asimismo, se ha incorporado un enfoque de triangulación metodológica, de datos y de investigadores para reforzar la validez del análisis (Rodríguez, 2005).

Se llevaron a cabo un total de 32 entrevistas semiestructuradas en profundidad (Denzin y Lincoln, 2012), de las cuales 13 fueron a profesionales (el 69% mujeres) y 19 a mujeres titulares de derechos. La investigación no incluyó entrevistas a responsables institucionales del Servicio Vasco de Salud en puestos de gestión estratégica. Esta decisión respondió a un criterio metodológico orientado a preservar la independencia analítica del proceso de investigación cualitativa y a priorizar la recogida de testimonios de titulares de derechos y de profesionales de primera línea. Se consideró que la participación de actores institucionales con responsabilidades directivas podría introducir sesgos en la fase exploratoria del estudio. En cambio, se prevé la incorporación de estos actores en fases posteriores de la transferencia de resultados, particularmente en los procesos de discusión de recomendaciones y de validación de políticas públicas derivadas de los hallazgos. Esta estrategia es consistente con enfoques de investigación cualitativa orientados a visibilizar experiencias situadas de colectivos en situación de vulnerabilidad antes de incorporar perspectivas institucionales en fases de contraste o de transferencia.

Tabla 1. Entrevistas a profesionales

ID entrevista	Perfil de la persona entrevistada	Entidad	Localidad	N.º personas participan en la entrevista
N1	Enfermera	Osakidetza	Vitoria	1
N2	Técnica Gender-based violence y técnica legal	AFRICAN HUMANITARIAN ACTION	Kyaka II- Uganda	2
N3	Técnica Gender-based violence y Psicosocial	AFRICAN HUMANITARIAN ACTION	Kampala- Uganda	2
N4	2 técnicas GBV, técnica legal y coordinación	Foundation for Health and Social Economic Development (HESED)	Nairobi-Kenia	4
N5	Trabajador Social coordinador servicio inclusión	Zehar-Errefuxiantuekin	Bilbao	1
N6	Coordinador	SOS RACISMO	Donostia	1
JM1	Enfermero	Osakidetza	Bilbao	1
JM2	Técnico Legal	Médicos del Mundo (MDM)	Bilbao	1
TOTAL				13

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Entrevistas a mujeres titulares de derechos

ID entrevista	País de origen de la persona entrevistada	Perfil de la persona entrevistada	Localidad actual de residencia
H1	R. D. del Congo	Mujer, 26-45 años, estudios universitarios, casada con residencia	Bilbao
H2	R. D. del Congo	Mujer, 46-55 años, estudios de secundaria, soltera con residencia	Bilbao
H3	R. D. del Congo	Mujer 18-25 años, estudios de grado superior, comprometida con residencia	Basauri- Bilbao
H4	República Centro Africana- RCA	Mujer, 26-45 años, casada, con nacionalidad española	Bilbao
H5	Angola	Mujer 18-25 años, estudios grado superior, soltera, autorización residencia y trabajo	Bilbao
H6	Kenia	Mujer, 26-45 años, estudios grado superior, con residencia	Bilbao
H7	Somalia	Mujer, 26-45 años, estudios de secundaria, con residencia	Bilbao
H8	Somalia	Mujer 18-25 años, estudios de secundaria, con autorización residencia y trabajo	Bilbao
J1	Etiopía	Mujer 26-45 años, adoptada, nacionalidad española, no señala estudios	Bilbao
J2	Etiopía	Mujer 26-45 años, adoptada, nacionalidad española, no señala estudios	Bilbao
J3	R. D. del Congo	Mujer 26-45 años, estudios universitarios, casada con residencia	Bilbao

ID entrevista	País de origen de la persona entrevistada	Perfil de la persona entrevistada	Localidad actual de residencia
J4	R. D. del Congo	Mujer 26-45 años, FP, soltera, nacionalidad española	Bilbao
J5	R. D. del Congo	Mujer 26-45 años, casada, estudios universitarios	Donostia
E1	R. D. del Congo	Mujer 26-45 años, con autorización residencia y trabajo, no señala estudios	Vitoria
E2	Etiopía	Mujer 18-25 años, estudios universitarios, con autorización residencia y trabajo	Vitoria-Granada
E3	Somalia	Mujer 18-25 años, estudios de secundaria, con autorización residencia y trabajo	Vitoria
E4	Kenia	Mujer 26-45 años, vino por reagrupación familiar ahora ya con autorización residencia y trabajo, no señala estudios	Vitoria
E5	Etiopía	Mujer 26-45 años, adoptada, nacionalidad española estudios universitarios	Vitoria
E6	Kenia	Mujer 26-45 años, estudios secundarios, sin autorización de trabajo y residencia, recién llegada (hace dos meses)	Vitoria
TOTAL 19 entrevistas a mujeres	7 R. D. del Congo 1 República Centro Africana - RCA 1 Angola 3 Kenia 3 Somalia 4 Etiopía	6 mujeres entre 18-25 años 11 mujeres entre 26-45 años 1 mujer entre 46-55 años 1 mujer NS/NC	12 Bilbao 6 Vitoria 1 Donostia

Fuente: Elaboración propia

El conjunto de mujeres entrevistadas es heterogéneo, como se observa en la tabla 2 respecto de las variables de edad, nivel de estudios, estado civil y régimen jurídico. Esta heterogeneidad ha permitido enriquecer y diversificar el análisis. Entre las mujeres entrevistadas se incluyó el caso de una mujer adoptada de origen etíope que actualmente posee nacionalidad española. Si bien su trayectoria migratoria difiere de la del resto de los participantes, su inclusión respondió al interés por explorar experiencias vinculadas a procesos de racialización y discriminación institucional que también pueden afectar a personas racializadas nacidas o socializadas en el país de acogida. No obstante, se reconoce que algunas de las barreras analizadas en este estudio, especialmente las relacionadas con el estatus administrativo o con el desconocimiento del sistema sanitario, no resultan plenamente aplicables a este perfil. Por esta razón, su testimonio se ha utilizado únicamente como elemento contextual y no como evidencia representativa del conjunto de experiencias de mujeres migrantes procedentes de África centro-oriental. Este caso se considera, por tanto, una observación analítica complementaria que permite explorar la dimensión racializada del acceso a la salud más allá de la experiencia estrictamente migratoria.

El enfoque de género permite identificar dimensiones específicas del acceso a la salud que afectan de manera particular a las mujeres migrantes, especialmente en ámbitos como la salud sexual y reproductiva, la relación con profesionales sanitarios o las dinámicas de cuidado dentro del hogar. Estas dimensiones aparecen de forma recurrente en los testimonios recogidos y contribuyen a comprender cómo las desigualdades en salud se configuran a partir de la intersección entre género, origen migratorio y posición socioeconómica.

El proceso de análisis se ha desarrollado de forma iterativa y reflexiva, articulando múltiples fases interrelacionadas, en línea con el modelo de seis etapas del análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2006), adaptado a las características específicas de este estudio. Siguiendo este enfoque, el análisis se desarrolló en varias fases interrelacionadas. En una primera etapa se procedió a la preparación de los datos, que incluyó la recopilación, organización y transcripción íntegra de las entrevistas realizadas. Posteriormente, se llevó a cabo una fase de familiarización con los datos mediante una lectura inicial del material empírico, orientada a identificar temas generales y patrones preliminares. En una tercera fase se realizó la codificación y categorización temática, proceso mediante el cual se identificaron patrones recurrentes y elementos significativos en los discursos recogidos. A continuación, se desarrolló una fase de interpretación analítica orientada a comprender el significado subyacente de las categorías emergentes y las relaciones entre ellas. Finalmente, para reforzar la robustez del análisis, se aplicó un proceso de triangulación metodológica que combinó distintas fuentes de información: mujeres entrevistadas, profesionales sanitarios y actores del tercer sector, así como la revisión documental y la normativa pertinente.

En esta investigación, la inteligencia artificial (IA) se ha utilizado como herramienta de apoyo para la organización y el análisis preliminar de los datos cualitativos. Mediante técnicas de procesamiento del lenguaje natural (ChatGPT 4o), se ha facilitado la sistematización de *verbatim*s y la identificación de patrones, optimizando el análisis temático (OpenAI, 2025a). No obstante, la interpretación de los resultados ha sido realizada por el equipo investigador, garantizando el rigor metodológico. Las entrevistas se llevaron a cabo mayoritariamente mediante plataformas digitales (Microsoft Teams y Zoom), lo que permitió su grabación íntegra. Para su transcripción se utilizó TurboScribe, basado en tecnología Whisper (OpenAI, 2025b), herramienta que facilita la conversión automatizada de audio a texto.

4. Resultados

El análisis de las barreras de acceso a la atención sanitaria que enfrentan las personas procedentes de África centro-oriental residentes en Euskadi se basa en la triangulación de fuentes cualitativas y documentales, incorporando las experiencias de mujeres migrantes, profesionales del sistema sanitario y actores del tercer sector.

La triangulación de estas fuentes ha permitido construir una interpretación interseccional y contextualizada de los resultados. A partir del análisis, se identifican ocho categorías de barreras que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud, abarcando dimensiones administrativas, estructurales, culturales, comunicativas, de género y vinculadas a procesos de racialización.

Los resultados permiten distinguir entre, por un lado, barreras ampliamente documentadas en la literatura sobre salud y migración, como las dificultades lingüísticas, el desconocimiento del sistema sanitario o la brecha digital y, por otro, barreras que adquieren una intensidad específica en el caso de mujeres procedentes de África centro-oriental. Estas últimas se relacionan con procesos de racialización, la escasa visibilidad estadística del colectivo y la limitada adecuación del conocimiento médico a determinadas condiciones de salud prevalentes en poblaciones africanas.

4.1. Situación jurídica en España

En el sistema sanitario vasco, el acceso a la atención sanitaria pública no está formalmente condicionado por la situación administrativa de la persona migrante, sino por la acreditación de la residencia efectiva en la comunidad autónoma, generalmente mediante el empadronamiento u otros mecanismos administrativos equivalentes. No obstante, los testimonios recogidos sugieren que las dificultades para acceder al padrón o acreditar dicha residencia pueden generar retrasos en el acceso y percepciones de inseguridad jurídica.

Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas contaban en el momento del estudio con autorización de residencia y trabajo (66%) o con nacionalidad española (27%), varias relataron experiencias previas de exclusión durante periodos de irregularidad administrativa. En estos contextos, el acceso al sistema sanitario se vio limitado, recurriendo en algunos casos a seguros privados: “Tú no tienes acceso a la Seguridad Social, tú no tienes acceso a la sanidad pública [...] solo tenía seguro privado” (E2, Mujer de 18-25 años, Etiopía). Esta misma participante describió cómo, estando embarazada, recibió una factura tras una atención de urgencia hospitalaria, lo que refuerza el carácter disuasorio de estas situaciones.

Si bien estos casos no son generalizables al conjunto de las entrevistadas, ilustran cómo la inseguridad jurídica puede afectar al ejercicio efectivo del derecho a la salud, especialmente en etapas iniciales del proceso migratorio. De forma complementaria, algunas mujeres ya regularizadas valoran positivamente su experiencia en el sistema sanitario vasco: “Se trata muy bien. No importa si no eres de España. Te dan servicios iguales” (E6, Mujer de 26-45 años, Kenia).

Estas valoraciones contrastan con la perspectiva de profesionales de organizaciones sociales, que señalan la persistencia de obstáculos administrativos en el acceso a derechos básicos: “Muchas personas no acceden inicialmente a derechos básicos por carecer de documentación. Durante ese tiempo están sin cobertura y recibiendo facturas disuasorias” (N5, técnico en intervención social en Zehar-Errefuxiantuekin¹, Bilbao). En particular, el empadronamiento emerge como uno de los principales cuellos de botella, ya que su ausencia impide acreditar la residencia efectiva y, por tanto, el acceso a la atención sanitaria: “El empadronamiento se ha convertido en un objeto de especulación. Se les está exigiendo cantidades de dinero importantes, mensuales, etc.” (JM2, Médicos del Mundo², Bilbao).

Este conjunto de factores contribuye a generar trayectorias de acceso sanitario marcadas por la discontinuidad y la fragilidad. En línea con ello, los testimonios recogidos en contextos de origen o tránsito, como Kenia, muestran cómo el temor a ser detenido o deportado puede disuadir el acceso a los servicios de salud, favoreciendo el recurso a alternativas informales o privadas: “Tienes miedo de ser arrestado [...] en emergencias optan por clínicas privadas o permanecen en casa, lo que agrava los riesgos” (N4, Equipo HESED³, Nairobi).

1 Zehar-Errefuxiantuekin: organización social en Euskadi especializada en la defensa de derechos de personas refugiadas y migrantes, con experiencia en la identificación de barreras de acceso a servicios.

2 Médicos del Mundo Euskadi: organización médico-humanitaria que trabaja en la defensa del derecho a la salud de poblaciones vulnerables, con conocimiento directo de barreras en el acceso sanitario.

3 HESED: organización keniana de salud y desarrollo comunitario que aporta perspectiva sobre condiciones de acceso a la salud en contextos de origen y tránsito migratorio.

Si bien los testimonios recogidos muestran la existencia de obstáculos administrativos o percepciones de inseguridad en el acceso a la atención sanitaria, estos resultados deben interpretarse con cautela y no necesariamente reflejan la experiencia de la totalidad de la población migrante residente en Euskadi.

4.2. Barreras comunicativas y de accesibilidad digital

Las barreras lingüísticas y de accesibilidad digital emergen de forma interrelacionada como un obstáculo estructural para la interacción efectiva con el sistema sanitario, afectando tanto a la comunicación clínica como al acceso a servicios y recursos. En el caso de las mujeres migrantes africanas en Euskadi, la limitada competencia en castellano, y en mayor medida en euskera, dificulta la comprensión de diagnósticos, la expresión de síntomas y el seguimiento de tratamientos: “Por favor, doctora, no entiendo la cosa que tú dices. Háblame despacito y me explicas todo” (E1, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo). Estas dificultades comunicativas se suplen de forma precaria mediante recursos informales como aplicaciones móviles, apoyo de familiares o el uso del inglés, que no siempre garantiza la comprensión por parte del personal sanitario: “Estaba intentando explicar los dolores en inglés, y el médico no le entendía nada” (E2, Mujer de 18-25 años, Etiopía).

La presencia de servicios de traducción profesional, como los sistemas de teletraducción o las tabletas digitales de Osakidetza⁴, es valorada positivamente cuando está disponible, pero su uso resulta escaso e irregular: “Mi hija estaba enferma y no podía explicarme en español. Yo empecé llorando [...] luego el médico me dio unos auriculares y una persona habló conmigo en inglés” (E4, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo). No obstante, tanto profesionales como organizaciones sociales señalan un conocimiento insuficiente de estos recursos y dificultades prácticas para acceder a ellos: “La barrera idiomática es enorme. Lo resolvemos por mímica, con Google Traductor o con nuestros móviles personales” (N1, personal sanitario, Vitoria).

La ausencia de mediación intercultural estructurada puede generar riesgos clínicos, como errores diagnósticos o problemas en la adherencia a tratamientos. A pesar de ello, las entrevistadas muestran una elevada motivación para el aprendizaje lingüístico, partiendo en muchos casos de repertorios multilingües, incluyendo lenguas como inglés, suajili, somalí, árabe o amárico, aunque este proceso se ve limitado por el aislamiento social, la falta de oportunidades de práctica y las responsabilidades familiares.

Estas barreras se ven reforzadas por limitaciones en el acceso y uso de herramientas digitales. La falta de conexión a internet, de dispositivos adecuados o de competencias digitales dificulta el uso de sistemas de citación online y aplicaciones sanitarias: “No manejo internet ni aplicaciones sanitarias. Accedo a las citas presencialmente” (H2, mujer, 26-45 años, R. D. del Congo); “No uso la aplicación de Osakidetza. Voy directamente al ambulatorio a pedir la cita” (H4, Mujer de 26-45 años, RCA). En muchos casos, la complejidad de estas herramientas obliga a recurrir exclusivamente a la atención presencial, evidenciando un desfase entre la digitalización del sistema sanitario y las condiciones reales de acceso de parte de la población usuaria.

En conjunto, la combinación de barreras lingüísticas y digitales limita la capacidad de estas mujeres para interactuar de forma autónoma con el sistema sanitario, generando dependen-

4 Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

cias, retrasos en la atención y riesgos para la continuidad asistencial. Esta doble exclusión refuerza desigualdades preexistentes y pone de manifiesto la necesidad de estrategias integradas que aborden de manera simultánea la mediación intercultural y la accesibilidad digital en contextos de creciente digitalización de los servicios públicos.

4.3. Barreras de género

Las barreras de género en el acceso a la salud se manifiestan de manera significativa en las experiencias de las mujeres migrantes africanas entrevistadas, afectando su bienestar, su autonomía y su percepción de la atención sanitaria recibida. Una de las expresiones más recurrentes es la preferencia por ser atendidas por personal médico femenino, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, debido a factores culturales, de intimidad y de confianza. La ausencia de esta opción puede generar incomodidad, vergüenza e incluso retraimiento en la búsqueda de atención: “Prefiero mujeres para tratamientos íntimos por pudor. Para ginecólogo prefiero mujer. Si es hombre, me da vergüenza [...] los africanos no somos así” (E4, Mujer de 26-45 años, Kenia). En algunos casos, esta dimensión se vincula además a dinámicas de invisibilización durante la atención, como cuando el personal sanitario dirige la comunicación al acompañante masculino en lugar de a la propia paciente: “Me estaba revisando a mí, pero a quien le hablaba era a él” (E2, Mujer, 18-25 años, Etiopía).

Estas experiencias se insertan en contextos más amplios donde las decisiones en salud pueden estar condicionadas por normas patriarcales o religiosas, especialmente en relación con la salud sexual y reproductiva. Los testimonios recogen situaciones de control o presión por parte de las parejas, así como la persistencia de prácticas que requieren el consentimiento del cónyuge, lo que limita la autonomía de las mujeres: “Muchas mujeres necesitan consentimiento marital [...] especialmente para salud sexual y reproductiva” (N4, profesional de HESED, Kenia). A ello se suman miedos y desconfianzas hacia determinados tratamientos, como los anticonceptivos hormonales, así como experiencias médicas negativas que refuerzan la percepción de vulnerabilidad y riesgo.

No obstante, los resultados también muestran la existencia de trayectorias de agencia y autonomía. Algunas mujeres entrevistadas, con mayor acceso a información o mayor seguridad personal, toman decisiones sobre su salud de manera independiente y relativizan el género del profesional cuando la atención es adecuada: “No condiciono las decisiones médicas a la opinión de mi pareja” (H3, mujer, 18-25 años, R. D. del Congo). Estos discursos evidencian que las barreras de género no son homogéneas ni estáticas, sino que varían en función de factores como el nivel de información, el contexto social o la trayectoria migratoria.

En conjunto, las barreras de género operan de forma interseccional, articulándose con factores culturales, sociales y sanitarios que condicionan el acceso y la calidad de la atención. Su superación requiere no solo garantizar opciones sensibles al género, como la posibilidad de elegir profesional, sino también promover entornos sanitarios que refuercen la autonomía, el acceso a información comprensible y el reconocimiento de la diversidad de experiencias y necesidades de las mujeres migrantes.

4.4. Red de apoyo, situación laboral y recursos económicos

Las experiencias de las mujeres migrantes africanas entrevistadas muestran cómo la falta de redes de apoyo, la precariedad laboral y la escasez de recursos económicos actúan de forma interrelacionada como determinantes clave de su salud y bienestar. La ausencia de familia cercana, el aislamiento, en ocasiones voluntario, en otras forzado, y la falta de mecanismos institucionales de cuidado hacen que muchas de ellas asuman en solitario toda la carga de los cuidados, incluso en condiciones de enfermedad: “Las madres no descansan” (E1, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo). “Vivo sola, sin red de apoyo más allá de alguna asociación. Si me pongo mala, mis agentes sociales me ayudan” (E3, Mujer de 18-25 años, Somalia). Esta sobrecarga, estructuralmente invisibilizada, tiene efectos directos sobre su capacidad para acceder y mantenerse en los tratamientos, como confirma el personal sanitario: “Una mujer hospitalizada con una hija pequeña [...] puede pedir el alta voluntaria por eso” (JM2, Osakidetza, Bilbao).

Ante estas carencias, el papel de las organizaciones sociales resulta fundamental, aunque insuficiente para compensar las limitaciones estructurales del sistema. Se documentan situaciones de especial vulnerabilidad, como la exclusión de personas con discapacidad de los recursos de dependencia, lo que evidencia la falta de adecuación de las políticas públicas a trayectorias migratorias complejas. A ello se suma la precariedad económica, que limita el acceso efectivo a medicamentos, transporte o tratamientos no cubiertos, y obliga en muchos casos a mantener empleos inestables incluso en condiciones de enfermedad: “Aunque estés enferma, tienes que trabajar. Si no, no comes” (H4, mujer, 26-45 años, RCA). En este contexto, los sistemas de apoyo al copago no siempre se ajustan a la realidad de estas mujeres, generando barreras adicionales al acceso: “El derecho a la tarjeta sanitaria es un derecho de papel si no tienes dinero para la medicación” (JM2, Médicos del Mundo Euskadi, Bilbao).

No obstante, algunas entrevistadas valoran positivamente el sistema sanitario público, especialmente en comparación con sus países de origen, destacando su capacidad como red de protección en situaciones de alta vulnerabilidad: “La operación de mi hijo costó 50 000 euros, y no pagamos nada” (E4, Mujer de 26-45 años, Kenia). Esta valoración coexiste con relatos de resiliencia, proyección de futuro y construcción de pertenencia, en los que las mujeres expresan su voluntad de estudiar, trabajar y reunificar a sus familias, así como de desarrollar iniciativas comunitarias: “Quiero aprender más... Este país tiene muchas oportunidades... Quiero traer a mi familia aquí” (J4, Mujer, 26-45 años, R. D. del Congo).

Los resultados evidencian que las barreras económicas, laborales y de apoyo social no solo condicionan el acceso material a la salud, sino que configuran trayectorias de vulnerabilidad acumulativa que afectan a la continuidad asistencial y al ejercicio efectivo del derecho a la salud. Al mismo tiempo, muestran la capacidad de agencia de las mujeres migrantes para generar estrategias de adaptación y apoyo, aunque estas no sustituyen la necesidad de respuestas estructurales por parte del sistema sanitario y de protección social.

4.5. Salud mental

El sufrimiento psicosocial vinculado al proceso migratorio de las mujeres africanas en Euskadi permanece en gran medida invisibilizado, tanto en el sistema sanitario como en la percepción social, donde el malestar emocional tiende a deslegitimarse en contextos de vulnerabilidad o movilidad forzada. La atención sanitaria se muestra predominantemente centrada en lo físico, con escasa escucha activa y recursos limitados para abordar malestares complejos y prolonga-

dos. Esta lógica asistencial fragmentaria dificulta la identificación de situaciones de sufrimiento profundo, como refleja una entrevistada: “Nadie descubrió mi depresión. Pasé tres años malísimos. Solo me daban cinco minutos” (J3, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo).

A esta limitación estructural se suma la normalización del dolor emocional y la falta de reconocimiento institucional del malestar, lo que incide en una baja demanda de atención psicológica por parte de las propias mujeres. Incluso ante experiencias de alto impacto emocional, algunas entrevistadas no identifican la necesidad de apoyo profesional: “No sentí que lo necesitaba” (E2, Mujer de 18-25 años, Etiopía), al relatar el ingreso hospitalario de su hijo. Este silenciamiento del sufrimiento se ve reforzado por un modelo biomédico que prioriza la identificación de síntomas frente a la comprensión de sus causas, tal como señalan profesionales y organizaciones sociales: “Aquí lo que interesa es qué patología tienes, no por qué la tienes” (JM2, Médicos del Mundo, Bilbao). A ello se añade: “la saturación del sistema y las dificultades de acceso a recursos especializados en salud mental, como los Centros de Salud Mental (CSM), así como la limitada cobertura de recursos especializados como ERDU⁵, refuerzan esta exclusión estructural” (N5, Zehar-Errefuxiantuekin, Bilbao).

Asimismo, los factores culturales y los estigmas asociados a la salud mental en los contextos de origen influyen en la forma en que se percibe y gestiona el malestar. Según entidades entrevistadas en países de origen o tránsito, la salud mental puede asociarse a debilidad, castigo o dimensión espiritual, favoreciendo la búsqueda de soluciones tradicionales o religiosas frente a los servicios psicológicos formales: “Prefieren exorcismos, imanes o métodos tradicionales antes que acudir a terapia” (N4, HESED, Kenia). Estas concepciones no deben interpretarse como resistencia individual, sino como parte de marcos culturales que interactúan con las limitaciones del sistema de acogida.

En conjunto, los resultados evidencian que la salud mental constituye una dimensión especialmente desatendida en el acceso a la salud de las mujeres migrantes, donde confluyen barreras estructurales, culturales e institucionales. La ausencia de un enfoque biopsicosocial, junto con la falta de estrategias de atención culturalmente sensibles y accesibles, contribuye a cronificar el sufrimiento y a invisibilizar sus causas. Abordar esta dimensión requiere avanzar hacia modelos de atención que reconozcan el impacto acumulado del proceso migratorio, incluyendo experiencias de desarraigo, discriminación y precariedad, y que integren la salud mental como un componente central del derecho a la salud en contextos de diversidad.

4.6. Barreras socioculturales de interacción con el sistema sanitario de Euskadi

El conocimiento y uso del sistema sanitario vasco por parte de mujeres migrantes africanas se encuentra atravesado por importantes brechas informativas, desconfianza institucional y diferencias socioculturales que condicionan su interacción con los servicios de salud. Los testimonios recabados reflejan que el desconocimiento del sistema no responde a una falta de interés, sino a la ausencia de una orientación clara y accesible por parte de las instituciones. Muchas mujeres relatan no haber recibido información sobre recursos clave, como la atención

⁵ Programa comunitario especializado de atención sociosanitaria de proximidad dirigido a personas con problemática de adicciones y salud mental con serias dificultades para establecer un vínculo con los recursos existentes, que acerca la atención allí donde se encuentre la persona.

preventiva o los servicios sociales, lo que refleja una desconexión estructural entre los dispositivos sanitarios y sociales: “Nunca tuve contacto con una trabajadora social hasta que no estuve de alta y me lo dijo una enfermera” (E2, Mujer de 18-25 años, Etiopía). “No he sido informada de forma clara sobre recursos como vacunación, atención preventiva o ayudas sociales” (E6, Mujer, 26-45 años, Kenia).

Esta falta de información tiene consecuencias prácticas en el uso del sistema, generando dinámicas ineficientes como la sobreutilización de los servicios de urgencias ante la dificultad de acceder a la atención primaria en tiempos percibidos como razonables: “Llamas al ambulatorio y te dan cita en tres días. Tú estás sufriendo. Por eso todo el mundo va a urgencias” (E4, Mujer, 26-45 años, Kenia). El personal sanitario confirma que muchas mujeres, incluso tras años de residencia en Euskadi, no comprenden el funcionamiento del sistema, incluyendo la diferencia entre atención primaria, urgencias o puntos de atención continuada (PAC), lo que evidencia limitaciones en los procesos de acogida y alfabetización sanitaria.

A estas barreras informativas se suma un factor de fuerte impacto simbólico: el miedo a ser cobradas. Tal como señalan organizaciones sociales, la existencia de las *facturas disuasorias*, aunque no siempre se materialicen, generan un temor que inhibe el uso del sistema sanitario: “Te vamos a cobrar [...] y entonces ya no pasan” (JM2, MDM, Bilbao). Este miedo se extiende a aspectos cotidianos de la atención: “No comen la bandeja del hospital porque creen que la tendrán que pagar” (N1, personal sanitario, Osakidetza, Vitoria), lo que pone de relieve cómo la inseguridad administrativa se traduce en prácticas de autoexclusión.

Estas dinámicas se entrelazan con barreras culturales y relacionales que afectan a la confianza en el sistema sanitario. Aunque algunas entrevistadas valoran positivamente el trato recibido y destacan experiencias de atención empática y profesional: “Los médicos son amables, atentos, se preocupan por ti [...] tengo una confianza plena en el sistema” (H7, Mujer de 26-45 años, Somalia), otras relatan experiencias marcadas por prejuicios, incomprensión cultural o prácticas percibidas como despersonalizadas. En particular, se mencionan situaciones en las que el dolor de las mujeres negras es subestimado o no adecuadamente evaluado: “Hay médicos que creen que por ser negra aguantas más el dolor” (E2, Mujer de 18-25 años, Etiopía). Asimismo, el uso recurrente de tratamientos genéricos sin explicaciones claras, como la prescripción sistemática de analgésicos, incrementa la percepción de desatención y arbitrariedad.

La falta de reconocimiento de prácticas culturales en momentos clave, como el embarazo o el postparto, así como las diferencias en las concepciones sobre la enfermedad, la prevención o el tiempo de atención, generan tensiones con el modelo biomédico dominante. En este contexto, algunas mujeres desarrollan estrategias de evitación del sistema sanitario, optando por la automedicación o recurriendo a la farmacia como primera opción: “Antes que ir a la consulta, voy a la farmacia. Salgo de allí sintiéndome peor” (H1, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo). En los casos más críticos, emerge una desconfianza médica aprendida, en la que las mujeres sienten que deben defenderse activamente para ser escuchadas: “Si no sabes hablar, si no sabes tus derechos, no te toman en serio. Tienes que estar preparada para un ataque” (J4, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo).

No obstante, también se identifican procesos de aprendizaje y agencia. Algunas mujeres desarrollan un conocimiento práctico del sistema y desempeñan roles de apoyo dentro de sus comunidades: “Suelo acompañar a Osakidetza a niños o hermanas enfermas de la comunidad” (H6, Mujer de 26-45 años, Kenia). Estas experiencias evidencian el potencial de las redes comunitarias como facilitadoras del acceso y la comprensión del sistema sanitario.

En conjunto, los resultados muestran que las barreras socioculturales y de conocimiento no solo afectan al acceso inicial, sino también a la calidad de la interacción con el sistema sanitario, condicionando la confianza, la adherencia a los tratamientos y el uso adecuado de los recursos. La ausencia de estrategias sistemáticas de alfabetización sanitaria, mediación intercultural y acompañamiento institucional contribuye a reproducir desigualdades estructurales en contextos de diversidad, incluso en sistemas formalmente universales como el vasco.

4.7. Conocimiento médico y comprensión del contexto migratorio por parte del personal sanitario

La limitada comprensión del contexto migratorio y de las condiciones sociales que afectan a las mujeres migrantes restringe la posibilidad de ofrecer una atención sanitaria verdaderamente integral, empática y culturalmente competente. Los testimonios evidencian que factores estructurales como la precariedad laboral, la irregularidad administrativa o la discriminación no son suficientemente considerados en los procesos clínicos, a pesar de su impacto directo en la salud física y mental. Las entrevistadas describen situaciones de explotación laboral persistente: “Trabajamos más horas de las que pone el contrato [...] cada semana nos dan un horario diferente” (H4, Mujer de 26-45 años, RCA), que, lejos de ser excepcionales, configuran un marco cotidiano de vulnerabilidad que rara vez es incorporado en la evaluación médica.

A esta invisibilización de las condiciones materiales se suma una dimensión simbólica vinculada a ser mujer migrante. Algunas mujeres relatan la presión añadida de representar a su comunidad en entornos profesionales, especialmente en el ámbito sanitario, donde cualquier error es percibido como colectivo: “Cuidar todo al milímetro porque cualquier fallo será generalizado hacia toda su comunidad. Si tu bata está sucia, ya lo usarán para juzgarte” (J4, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo). Este tipo de experiencias pone de manifiesto que la inclusión laboral no elimina las dinámicas de racismo estructural, sino que puede coexistir con formas más sutiles de vigilancia y exigencia.

Desde la perspectiva de profesionales y organizaciones sociales, esta falta de comprensión se traduce en prácticas institucionales que no siempre se sustentan en el marco normativo vigente y que refuerzan dinámicas de exclusión: “Hay una pérdida de derecho que no se sustenta en ninguna base legal” (JM2, Médicos del Mundo, Bilbao). Asimismo, se señala la persistencia de un enfoque eurocéntrico en la atención sanitaria, que dificulta la comprensión de trayectorias vitales marcadas por contextos donde los sistemas de salud son inexistentes o muy limitados: “No saben que estas mujeres vienen de países sin sistema sanitario. Solo hay puestos con Betadine” (N1, personal sanitario, Osakidetza, Vitoria).

Esta falta de competencia intercultural tiene implicaciones también en la relación clínica, pudiendo generar situaciones de revictimización. Preguntas médicas rutinarias, especialmente en el ámbito de la salud sexual, pueden activar recuerdos traumáticos vinculados a experiencias de violencia o migración forzada: “Esas preguntas devuelven a muchas al periplo migratorio. Las revictimizan” (JM1, personal sanitario, Osakidetza, Bilbao). En este sentido, la ausencia de enfoques sensibles al trauma limita la capacidad del sistema para ofrecer una atención segura y respetuosa.

Los testimonios recogidos, tanto en Euskadi como en contextos de origen o tránsito, también evidencian la persistencia de prejuicios y estereotipos que afectan a la atención: “Algunos trabajadores asumen que los refugiados tienen dinero, y les cobran más” (N4, HESED, Kenia).

Estas percepciones refuerzan la desconfianza hacia las instituciones sanitarias y contribuyen a reproducir barreras en el acceso y uso de los servicios.

Los resultados se alinean con la literatura sobre barreras en salud en Europa, especialmente lingüísticas, institucionales y de competencia intercultural (Ingleby et al., 2012), pero evidencian su intensificación en colectivos con baja visibilidad estadística y alta racialización, como las mujeres de África centro-oriental en Euskadi. Esta combinación constituye un factor clave para comprender las dinámicas actuales de exclusión sanitaria en sistemas universales.

4.8. Experiencias de racismo y discriminación racial

El análisis de los testimonios recogidos evidencia la presencia de múltiples formas de discriminación y de racismo en el acceso y la atención sanitaria que enfrentan las mujeres migrantes africanas en Euskadi. Estas experiencias no se limitan a episodios aislados, sino que se articulan como prácticas estructurales que operan de manera diferenciada según el estatus administrativo, el nivel percibido de integración y, especialmente, de su *racialización*. En el ámbito administrativo, las mujeres describen variaciones en el trato en función de su documentación o de atributos asociados a su posición social: “El trato cambia según se conozca tu nivel académico” (E2, Mujer de 18-25 años, Etiopía). Esta percepción de trato desigual se traduce en una vivencia de desvalorización que afecta directamente a la relación con el sistema: “No queremos que nos repitan lo mismo diez veces. Queremos ser tratadas con dignidad” (H3, Mujer de 18-25 años, R. D. del Congo).

En el plano clínico, las experiencias relatadas apuntan a formas de racismo simbólico y estructural que inciden en la calidad de la atención. Las mujeres señalan prácticas de desatención, falta de escucha o registro incompleto de su situación médica: “Siento que, si fuera otra persona, mi historia se registraría mejor” (H1, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo). Estas dinámicas no siempre se manifiestan de forma explícita, sino a través de omisiones, actitudes paternalistas o microrracismos normalizados que reproducen desigualdades en la atención sanitaria. En algunos casos, estas experiencias generan desconfianza profunda hacia el sistema, vinculada a imaginarios históricos de vulnerabilidad y desprotección: “El hecho de ser negra en este país... no hay seguridad” (H5, Mujer de 18-25 años, Angola).

La racialización del cuerpo también se expresa en interacciones cotidianas que refuerzan la alteridad y la falta de reconocimiento. Las entrevistadas relatan situaciones de invasión del espacio personal o cuestionamiento de su pertenencia: “No me gusta que me toquen el pelo” (J4, Mujer de 26-45 años, R. D. del Congo); “Siempre tengo que justificar que soy de aquí” (J1, Mujer de 26-45 años, Etiopía). Estas experiencias trascienden el ámbito sanitario y se extienden a otros espacios sociales y laborales, donde la discriminación limita el acceso a oportunidades incluso en perfiles cualificados: “Pones tu apellido o tu foto y no tienes ni la más mínima oportunidad” (H5, Mujer de 18-25 años, Angola).

Los testimonios de profesionales y organizaciones sociales confirman la existencia de estos patrones, señalando la presencia de sesgos implícitos en la atención: “Desde las ventanillas se tiene un mensaje diferente solo por el mero hecho de ser una persona negra” (N5, Zehar-Errefuxiantuekin, Bilbao). Asimismo, se identifican prejuicios arraigados que afectan a la valoración clínica de las pacientes: “Las mujeres negras son sistemáticamente minusvaloradas [...] se perciben como ‘quejicas’ o ‘demandantes’” (N1, personal sanitario, Vitoria). Estas percepciones condicionan la toma de decisiones médicas y contribuyen a reproducir desigualdades en

la calidad de la atención. “Ven a una paciente negra con fiebre y dicen: para ti, que yo no la quiero” (N1, personal sanitario, Vitoria).

Si bien algunas entrevistadas reconocen experiencias de trato igualitario, estas suelen estar condicionadas al acceso pleno a derechos y a una mayor estabilidad administrativa: “Si tuviera un trabajo y mi ID española, estaría bien” (E6, Mujer de 26-45 años, Kenia). Este matiz refuerza la idea de que la discriminación no opera de forma homogénea, sino que se intensifica en contextos de mayor vulnerabilidad.

En conjunto, los resultados muestran que el racismo, tanto en su dimensión estructural como en sus expresiones cotidianas, actúa como una barrera transversal que atraviesa el conjunto del sistema sanitario, condicionando el acceso, la calidad de la atención y la relación de confianza con las instituciones. Su carácter muchas veces implícito y normalizado dificulta su identificación y abordaje, lo que subraya la necesidad de incorporar estrategias institucionales orientadas a reconocer, prevenir y reducir las desigualdades raciales en contextos de atención sanitaria.

5. Conclusiones

Esta investigación muestra que, pese a un marco normativo que reconoce el derecho universal a la salud, las mujeres migrantes procedentes de África centro-oriental en Euskadi enfrentan barreras estructurales que limitan su ejercicio efectivo. La baja visibilidad estadística y la falta de datos desagregados dificultan su reconocimiento institucional y el desarrollo de políticas públicas adecuadas, aportando evidencia relevante al debate sobre desigualdades en salud en sistemas sanitarios universales.

Las barreras identificadas incluyen obstáculos administrativos, limitaciones lingüísticas y digitales, insuficiente competencia intercultural y una escasa comprensión del contexto migratorio por parte del personal sanitario. Estas condiciones se combinan con experiencias de discriminación, racismo estructural y actitudes paternalistas que deterioran la calidad de la atención, generan desconfianza y afectan a la adherencia a tratamientos y a la prevención en salud.

Asimismo, se evidencia la insuficiencia de recursos de acompañamiento y mediación intercultural, así como una limitada adaptación del sistema a las realidades culturales, sociales y psicosociales de estas mujeres, especialmente en ámbitos como la salud sexual y reproductiva o la atención a experiencias traumáticas.

En conjunto, los resultados subrayan la necesidad de avanzar hacia un sistema sanitario más inclusivo, equitativo y culturalmente competente, capaz de responder a contextos de creciente diversidad y de garantizar de forma efectiva el derecho a la salud.

Declaración de acceso a los datos

Los datos analizados en este estudio no están disponibles públicamente debido a restricciones de confidencialidad.

Agradecimientos

Este artículo 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. Los autores agradecen especialmente a las mujeres participantes en Euskadi, cuyos testimonios han sido fundamentales para el desarrollo de esta investigación, así como a las y los profesionales del ámbito social y sanitario que aportaron su conocimiento experto. Asimismo, se reconoce la colaboración de las entidades socias en otros países —EMESCO, AHA y HESED África— por su contribución al trabajo de campo. Finalmente, se agradece el acompañamiento y la confianza de Farmamundi, en particular de Andrea Luque Martín, Andrea Arana Lemus e Irati Muñecas Menéndez, en la coordinación y supervisión del proceso investigativo.

Referencias

- Ander-Egg, E. (2011). *Aprender a investigar. Nociones básicas para la investigación social*. Editorial Brujas.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. y Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Colmenares E., A. M. (2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silencios. Revista Latinoamericana de Educación*, 3(1), 102-115. <https://doi.org/10.18175/vys3.1.2012.07>
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 140, 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa* (Vol. I). Editorial Gedisa.
- Eustat. (2024). Censo de población y viviendas. Estructura de la población. https://es.eustat.eus/estadisticas/tema_268/opt_1/ti_censo-de-poblacion-y-viviendas-estructura-de-la-poblacion/temas.html
- González-Rábago, Y. y Martín, U. (2019). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia? *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>
- Gotsens, M., Malmusi, D., Villarroel, N., Vives-Cases, C., Garcia-Subirats, I., Hernando, C. y Borrell, C. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 923-929. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv126>

- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I. y Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W. y Kotsioni, I. (eds.) (2012). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*. Garant.
- Institut de Drets Humans de Catalunya. (2014). *Derechos Humanos y Desarrollo. El enfoque Basado en Derechos Humanos en la Cooperación al Desarrollo - EBDH* (Serie Derechos Humanos Emergentes 8).
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). <https://www.ine.es/>
- Ley 13/2023, de 30 de Noviembre, de Salud Pública de Euskadi, 176360 (2023). <https://www.boe.es/eli/es-pv/l/2023/11/30/13>
- Martín, U., Domínguez-Rodríguez, A. y Bacigalupe, A. (2019). Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 82-84. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.010>
- Médicos del Mundo. (2023). Memoria anual Médicos del Mundo. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/memorias/memoria-anual-de-medicos-del-mundo-2023/>
- Médicos del Mundo. (2024). *Informe de Línea de Base sobre el Cumplimiento del Pacto Mundial para la migración por parte del Estado español*. https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/04/2024_informe-de-linea-de-base-sobre-el-cumplimiento-del-pacto-mundial-para-la-migracion-por-parte-del-estado-espanol.pdf
- Norredam, M., Nielsen, S. y Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic health-care services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 555-563. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp195>
- OpenAI. (2025a). ChatGPT (versión del 2025) [Modelo de lenguaje amplio]. <https://chat.openai.com/chat>
- OpenAI. (2025b). Whisper (versión del 2025). <https://openai.com/es-ES/index/whisper/>
- Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de Julio, Sobre El Acceso Universal Al Sistema Nacional de Salud, 76258 (2018). <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. y Mckee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 381(9873), 1235-1245. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62086-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62086-8/abstract)
- Resolución Aprobada Por La Asamblea General El 7 de Junio de 2022 Que Recoge La Declaración Sobre Los Progresos Del Foro de Examen de La Migración Internacional (2022). <https://www.un.org/es/ga/76/resolutions.shtml>

- Rivera, B., Casal, B. y Currais, L. (2020). Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Studies of Applied Economics*, 31(2), 339. <https://doi.org/10.25115/eea.v31i2.3330>
- Rodríguez, O. (2005). La triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales. *Revista madri+d*, (13), 59-68.
- Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R. y Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>
- Turboscribe. (2025). Turboscribe (versión del 2025). <https://turboscribe.ai/>
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts* (2.^a ed.). OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/326568>