SECCIÓN: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
DOI: 10.22267/rus.262802.9768
ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN
REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD

Barreras en el acceso a los servicios de salud: Mujeres afrocolombianas

CESUN
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Universidad de Nariño

Barriers in access to health services: Afro-Colombian women migrants

Barreiras no acesso aos serviços de saúde: Mulheres migrantes afrocolombianas

RESUMEN

Introducción: La migración interna supone enfrentar una serie de barreras que obstaculizan o retardan el uso de los servicios de salud, las cuales se configuran de manera interseccional teniendo en cuenta, el género, la etnia y las condiciones socioeconómicas. **Objetivo:** Comprender las barreras de acceso a los servicios de salud que vivencian mujeres migrantes de departamento Chocó, y que residen en la ciudad de Medellín. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo desarrollado desde la perspectiva fenomenológica. Se realizaron 4 grupos focales y 15 entrevistas a mujeres migrantes de Acandí, Condoto e Istmina (Chocó). **Resultados:** Las migrantes internas afrocolombianas enfrentan diferentes barreras en los servicios de salud, como dificultades en la accesibilidad geográfica, barreras asociadas al color de piel y su cultura, y limitaciones económicas, situación que genera un acceso desigual a servicios de salud integrales y de calidad. **Conclusión:** Es importante establecer políticas de salud con perspectiva diferenciada, que consideren las especificidades geográficas, económicas, y culturales de estas mujeres afrocolombianas migrantes, con el objetivo de disminuir las inequidades en la prestación de los servicios de salud, y mejorar así, su calidad de vida en la sociedad de acogida.

Palabras clave: Barreras de acceso a los servicios de salud; migración interna; mujeres; interseccionalidad; salud de las minorías étnicas (Fuente: DeCS, Bireme).

Objetivos de desarrollo sostenible: Salud y bienestar. (Fuente: ODS, OMS).

ABSTRACT

Introduction: Internal migration involves facing a series of barriers that prevent or delay the use of health services, which are configured in an intersectional manner, the gender, ethnicity, and socioeconomic conditions. **Objective:** Understand the barriers to access health services experienced by migrant women from Chocó, who reside in the city of Medellín. **Materials and methods:** A qualitative study developed from a phenomenological perspective. 4 focus groups and 15 interviews were conducted with migrant women from Acandí, Condoto, and Istmina (Chocó) residing in Medellín. **Results:** Afro-Colombian internal migrants face different barriers in health services, such as difficulties in geographic accessibility, barriers associated with skin color and culture, and economic limitations, which causes unequal access to comprehensive and quality health services. **Conclusion:** It is important to establish health policies with a differentiated perspective, which consider the geographical, economic, and cultural specificities of these migrant Afro-Colombian women, with the aim of reducing inequities in the provision of health services, and thus improving their quality. of life in the host society.

Keywords: Barriers to access of health services; internal migration; women; intersectionality; health of ethnic minorities. (Source: DeCS, Bireme).

Sustainable development goals: Good health and well-being. (Source: SDG, WHO).

Keyra Liseth Asprilla-Córdoba [1]
Manuela Olarte-Copete [1]
Adriana Zapata-Martínez [1]

1. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

Citación:
Asprilla-Córdoba KL, Olarte-Copete M, Zapata-Martínez A. Barreras en el acceso a los servicios de salud: Mujeres afrocolombianas. Univ Salud [Internet]. 2026; 28(2):e9768. DOI: 10.33367/rus.262802.9768

Recibido:	Octubre	07 - 2025
Revisado:	Diciembre	12 - 2025
Aceptado:	Abril	30 - 2026
Publicado:	Mayo	01 - 2026

CC BY NC SA

ISSN: 0124-7107 - ISSN (En línea): 2389-7066
Univ. Salud 2026 Vol 28 No 2
https://doi.org/10.22267/rus

https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud

Fuentes de financiamiento:
Otorgado con recursos provenientes del "Fondo Nacional de Financiamiento para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación Francisco José de Caldas".

Contribución de autoría:
Investigación: Keyra Asprilla, Manuela Olarte.
Supervisión: Adriana Zapata. (Fuente: CRediT, NISO).

Disponibilidad de datos y materiales:
Por razones éticas y debido a la sensibilidad de los relatos recogidos, los datos y materiales producidos durante este estudio no se encuentran disponibles en repositorios públicos. La información recolectada contiene testimonios y experiencias personales que podrían comprometer la confidencialidad de las participantes. No obstante, ante requerimientos específicos y debidamente justificados, los datos podrán ser compartidos bajo solicitud directa a las autoras, garantizando siempre el cumplimiento de los principios éticos y de protección de la información establecidos en la investigación.

Aprobación de ética y consentimiento para participar:
Aprobación del 17 de mayo de 2023 por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Caldas – Manizales. Comité creado mediante Resolución No. 21 de 2016.

Conflicto de intereses:
Las autoras declaran que no hay ningún conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad:
Se declara que las autoras somos responsables del contenido y de su veracidad.

Consentimiento para publicación:
Todas las autoras revisaron y aprobaron la versión final para su publicación en la revista.

RESUMO

Introdução: A migração interna envolve o enfrentamento de uma série de barreiras que dificultam ou atrasam o uso dos serviços de saúde, as quais se configuram de forma interseccional, levando em consideração gênero, etnia e condições socioeconômicas. **Objetivo:** Compreender as barreiras de acesso aos serviços de saúde que vivenciam mulheres migrantes do Chocó, que residem na cidade de Medellín. **Materiais e métodos:** Estudo qualitativo desenvolvido a partir de uma perspectiva fenomenológica. Foram realizados 4 grupos focais e 15 entrevistas com mulheres migrantes de Acandí, Condoto e Istmina (Chocó), residentes em Medellín. **Resultados:** Os migrantes migração interna afrocolombianos enfrentam diferentes barreiras nos serviços de saúde, como dificuldades na acessibilidade geográfica, barreiras associadas à cor da pele e à sua cultura, e limitações econômicas, o que provoca um acesso desejável a serviços de saúde integral e de qualidade. **Conclusão:** É importante estabelecer políticas de saúde com perspectiva diferenciada, que tome em consideração as especificidades geográficas, econômicas e culturais destas mulheres afrocolombianas migrantes, com o objetivo de diminuir as desigualdades na prestação dos serviços de saúde, e melhorar assim, sua qualidade de vida na sociedade de acolhimento.

Palavras-chave: Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; migração interna; mulheres; interseccionalidade; saúde das minorias étnicas. (Fonte: DeCS, Bireme).

Metas de desenvolvimento sustentável: Saúde e bem-estar. (Fonte: MDS, ONU).

https://doi.org/10.22267/rus.262802.9768

INTRODUCCIÓN

El acceso y la efectividad de los servicios de salud dependen de la infraestructura, el equipamiento y el personal capacitado disponible para atender las necesidades de la población. Estas necesidades varían según las características sociales, culturales y económicas de las comunidades. Además, el acceso a la salud también se ve afectado por factores contextuales y determinantes sociales que pueden generar desigualdades y vulnerar los derechos de ciertos grupos. El uso de los servicios de salud se puede ver alterado por políticas de salud, las barreras existentes en el sistema de salud, y por factores de la población, como el género o la etnia. De acuerdo a Machado, *et al.*[1], a pesar del principio de universalidad, las desigualdades de acceso a los servicios de salud siguen siendo significativas, y el factor étnico está estrechamente relacionado con la vulneración de los derechos en comunidades marginadas. No obstante, las normas generales de salud suelen omitir en la práctica las particularidades culturales, lingüísticas o geográficas de los pueblos indígenas y afrocolombianos.

En este estudio se adopta una perspectiva interseccional para el análisis del acceso a los servicios de salud, entendida como un enfoque que permite comprender cómo distintas categorías sociales como el género, la etnicidad, la condición migratoria y la posición socioeconómica interactúan y se superponen en la producción de desigualdades en salud. Desde esta perspectiva, el acceso y la efectividad de los servicios de salud dependen de la infraestructura, el equipamiento y el personal capacitado disponible para atender las necesidades de la población, las cuales varían según las características sociales, culturales y económicas de las comunidades. De esta manera para entender los fenómenos sociales y sus efectos en la salud de las mujeres de manera holística e integral es necesario que en el área de la salud se emplee un enfoque interseccional para la comprensión de las desigualdades en salud y sus complejidades en contextos específicos como el latinoamericanos[2]. Por tanto, "la interseccionalidad se entiende como un conjunto de procesos mutuos y relacionados, los cuales permiten analizar múltiples inequidades, como es la condición de salud[3].

No obstante, en el departamento de Chocó persisten profundas desigualdades en la disponibilidad y distribución de los servicios de salud, asociadas a limitaciones en infraestructura, baja capacidad resolutiva del primer nivel y barreras de accesibilidad geográfica, especialmente en municipios como Acandí, Condoto e Istmina. Informes recientes evidencian deficiencias en la funcionalidad y dotación de los servicios de salud, así como restricciones en la continuidad de la atención, particularmente en territorios rurales y dispersos, situación que afecta el acceso oportuno y efectivo a los servicios básicos[4].

El departamento del Chocó constituye uno de los departamentos más afectados por el desplazamiento forzado y las dinámicas del conflicto armado en Colombia, situación que ha profundizado las condiciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad social de amplios sectores de la población. En este territorio, la persistencia de la violencia y la presencia de grupos armados generan graves afectaciones en la vida cotidiana de las comunidades, especialmente en zonas rurales y dispersas, donde el acceso a derechos fundamentales como la salud se ve seriamente limitado. De acuerdo a reportes de la Defensoría del Pueblo entre enero y febrero de 2026, en este territorio se presentó confinamiento por conflicto armado, donde se da restricción al libre tránsito, dificultades en el acceso a los alimentos y limitación en los servicios de salud y educación[5].

Asimismo, entre el 1 de enero y el 30 de octubre de 2025 se reportaron 4109 personas desplazadas en el departamento del Chocó. De igual manera, este territorio se ubicó entre los departamentos con mayor número de personas confinadas, registrando un total de 21164 personas afectadas, siendo uno de los más impactados a nivel nacional, junto con Huila, Cauca y Norte de Santander[6].

El desplazamiento forzado en el Chocó responde principalmente a la presencia de economías ilegales, en particular el narcotráfico y la minería ilegal. Estas actividades estuvieron presentes en el 100 % de los casos analizados en este estudio. Ambas economías operan en territorios de alto valor estratégico y con débil presencia institucional, lo que facilita el control de los grupos armados ilegales. El fenómeno ocurre sobre todo en zonas con baja institucionalidad y alta conflictividad, lo que evidencia una relación directa entre violencia y control territorial con fines económicos[7].

Estas dinámicas de violencia generan no solo desplazamiento forzado, sino también confinamiento

territorial, afectando gravemente la vida cotidiana de las comunidades. La disputa por el control de economías ilícitas limita el acceso a la salud, la alimentación, la educación y otros derechos fundamentales, profundizando las condiciones de exclusión y vulnerabilidad de la población.

En suma, el Chocó presenta un escenario de vulnerabilidad donde confluyen factores estructurales (pobreza, abandono estatal, discriminación étnica) con dinámicas del conflicto armado (disputa entre guerrillas y sucesores paramilitares, economías ilícitas). Estas situaciones, en su conjunto, han resultado en una de las peores crisis de movilidad humana forzada en Colombia[7]. Estas condiciones estructurales y territoriales no solo profundizan la crisis humanitaria y el desplazamiento forzado, sino que también inciden directamente en las posibilidades reales de acceso a derechos fundamentales como la salud, principalmente para las poblaciones que habitan zonas rurales y dispersas.

La población migrante afrocolombiana de Chocó a Medellín enfrenta barreras para acceder al sistema de salud, entre ellas: la falta de aseguramiento, negación de servicios, desinformación y dificultades geográficas. Además, en los servicios de salud, encuentran barreras raciales, como la discriminación por color de piel, y la negación o demora en la autorización de procedimientos médicos. Estas condiciones limitan gravemente el ejercicio del derecho a la salud y reflejan inequidades significativas[8].De acuerdo a Aday y Andersen[9], las barreras de entrada al sistema de salud incluyen aspectos como distancias geográficas, medios de transporte y horarios de atención. Las barreras internas se refieren a las dificultades para acceder a servicios, como trámites excesivos y tiempos de espera. Las barreras de salida están relacionadas con la estructura del sistema que dificulta la continuidad de la atención.

Estas limitaciones afectan de manera desigual a grupos vulnerables, como es el caso de las mujeres afrodescendientes en el Chocó, quienes enfrentan desafíos asociados a su género, etnia y condiciones socioeconómicas. Situación que se ve agravada por la presencia del conflicto armado, entendido como una situación de violencia prolongada entre autoridades gubernamentales y grupos armados organizados, o entre estos grupos, y que se caracteriza por un nivel mínimo de intensidad en las hostilidades y un grado suficiente de organización de las partes enfrentad[10]. A ello se suma la falta de servicios adecuados, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, situación que profundiza las inequidades y limita el ejercicio pleno de sus derechos. En el marco del conflicto armado colombiano, todos los actores armados han ejercido violencias que atentan contra la salud sexual y reproductiva, particularmente de las mujeres. Estas violencias no han sido inauguradas por los actores armados, más bien, se sustentan en la continua naturalización de las violencias de género ejercidas en la vida cotidiana de niñas, jóvenes y mujeres en todo el país[11].

Este panorama contribuye a un aumento en las complicaciones relacionadas con la gestación y una mayor mortalidad materna debido, además, a la ausencia de servicios especializados y la falta de estrategias de salud preventiva[12]. Muchas de las muertes maternas son prevenibles y las atribuyen a problemas como "la calidad de los servicios prenatales, barreras de accesibilidad, continuidad de los servicios y la falta de recursos"[13].

Por tanto, este escenario propicia la expulsión de población del departamento de Chocó y, en particular, de estas mujeres que migran ya sea por desplazamiento forzado, que responde a la violencia que genera el conflicto armado, o por la carencia de servicios básicos[14]. En este contexto las mujeres chocoanas se ven forzadas a trasladarse hacia grandes ciudades, en busca de seguridad y mejores condiciones de vida, además de que "la familia busca olvidar la angustia, el desespero, desasosiego que vivieron, y una de las formas es migrar a lugares ya sean lejanos o donde consideren que pueden encontrar nuevas posibilidades"[15], que les permita, además, acceder a servicios de salud, que garanticen mejores condiciones de vida.

En este escenario, Medellín, la capital de departamento de Antioquia, se ha establecido como un destino importante para mujeres que migran desde el Chocó, el cual se identifica como un departamento expulsor de población a medida que la ciudad de Medellín, recibe un gran número de personas provenientes de Chocó[16]. Esta dinámica migratoria, además, tiene una alta participación femenina, ya que son principalmente las mujeres quienes migran, motivadas por la necesidad de encontrar mejores condiciones de vida para ellas y sus familias, siendo Medellín, una ciudad de posibles oportunidades.

Aun cuando estas mujeres migran con la esperanza de mejorar su vida y la de sus familias, enfrentan barreras para acceder a servicios básicos de salud

https://doi.org/10.22267/rus.262802.9768

en la sociedad receptora. Se ven afectadas por la violencia, racismo y discriminación, lo que dificulta su integración. Es por ello que, el propósito de este artículo es comprender las barreras de acceso a los servicios de salud que vivencian mujeres migrantes de Chocó, y que residen en la ciudad de Medellín.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fases del proceso

Estudio cualitativo desarrollado desde la perspectiva fenomenológica, orientado a comprender las experiencias vividas por mujeres afrocolombianas migrantes del departamento de Chocó. El propósito fue develar el sentido profundo que las mujeres atribuyen a su experiencia de acceso a los servicios de salud, considerando los significados que emergen de sus vivencias cotidianas.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el año 2024, en los municipios de Acandí, Condoto e Istmina (Chocó) y en la ciudad de Medellín (Antioquia), siguiendo las fases que se describen a continuación.

Fase 1. Se enfocó en la epojé, permitiendo explorar las condiciones de acceso a la salud en comunidades afrocolombianas sin juicios previos. Se utilizó la técnica de bola de nieve como estrategia de acceso al campo, para facilitar la identificación de mujeres que cumplían los criterios de inclusión y diversificar los perfiles, según sus trayectorias migratorias y experiencias en el sistema de salud. El primer contacto con las posibles participantes se realizó a través de redes comunitarias afrodescendientes y organizaciones de base, las cuales constituyen espacios de referencia, apoyo y articulación social para estas mujeres. A partir de este acercamiento inicial, se identificaron las primeras participantes, quienes posteriormente refirieron a otras mujeres de su red social que cumplían con los criterios del estudio. El acceso al campo se desarrolló de manera progresiva, apoyado en relaciones de confianza construidas con lideresas comunitarias y con las propias participantes, lo cual facilitó el reclutamiento y el acercamiento a experiencias diversas dentro de la población estudiada.

Se consideraron los siguientes criterios: ser mujer afrocolombiana, haber nacido en Acandí, Condoto o Istmina, residir en Medellín al momento de la entrevista, ser mayor de edad y otorgar su consentimiento informado.

Fase 2. Involucró la recolección de datos entre abril y junio de 2024, mediante entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión, en comunas en Medellín con alta presencia de población afrodescendiente. Se realizaron 4 grupos focales en Medellín, 15 entrevistas a mujeres afrocolombianas migrantes, esto, permitió alcanzar saturación teórica, abordando experiencias en salud tanto en Chocó como en Medellín, se indagó por sus experiencias, emociones y valoraciones personales. Adicionalmente, se diligenció una ficha sociofamiliar y demográfica para contextualizar las trayectorias migratorias y condiciones de vida.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora, previo a su realización, se explicó el propósito del estudio, la confidencialidad de la información y los derechos de las personas participantes, formalizando su participación mediante consentimiento informado.

Algunas mujeres participaron de las entrevistas semiestructuradas individuales y de los grupos focales. Esto se consideró metodológicamente pertinente porque permitió contrastar relatos personales con perspectivas colectivas y profundizar en dimensiones emergentes. La doble participación se manejó cuidadosamente para evitar redundancia, y se utilizó para enriquecer la triangulación interna del análisis.

Por lo tanto, los grupos focales estuvieron destinados únicamente a mujeres afrocolombianas migrantes, con el fin de explorar percepciones colectivas, experiencias compartidas y significados socioculturales sin la presencia de actores con poder institucional.

Fase 3. Se efectuó una lectura exhaustiva y repetida de las transcripciones para captar una comprensión global de las experiencias narradas por las participantes. Posteriormente, se identificaron unidades de significado relevantes y se transformaron a través de variaciones orientadas a distinguir los elementos accidentales de aquellos que constituyen la esencia del fenómeno.

Se llegó a una reducción eidética para identificar significados esenciales, se organizó la información por temas recurrentes como las barreras de acceso, las percepciones sobre la atención en salud y las experiencias asociadas a la migración. Finalmente, estos temas fueron integrados en estructuras eidéticas más amplias que representan los patrones centrales

de sentido emergentes, garantizando coherencia interna y rigor interpretativo.

Fase 4. Se interpretaron los hallazgos, se reconocieron las barreras estructurales y las emociones relacionadas, para desarrollar una comprensión global del acceso a la salud, desde las perspectivas de las mujeres migrantes.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada el 17 de mayo de 2023 por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Caldas y se clasificó como de riesgo mínimo, conforme a la Resolución 8430 de 1993. A todas las mujeres migrantes afrocolombianas y a los actores institucionales se les explicó el propósito del estudio, las condiciones de participación y las garantías de confidencialidad, tras lo cual se obtuvo su consentimiento informado. Para proteger la identidad de las participantes, se emplearon códigos alfanuméricos en las transcripciones y en la presentación de los hallazgos. Asimismo, durante el proceso de selección se verificó que las mujeres migrantes afrocolombianas pertenecieran a los municipios de Chocó, incluidos en el estudio, y que residieran en Medellín al momento de la recolección de la información.

RESULTADOS

En este estudio participaron mujeres migrantes afrocolombianas con promedio de edad de 41 años, provenientes de tres municipios de Chocó: Acandí, Condoto e Istmina. La mayoría son solteras y jefas de familias monoparentales. Las razones para migrar incluyen desplazamiento forzado y búsqueda de mejores oportunidades. Viven en estratos socioeconómicos 1 y 2 y trabajan principalmente como amas de casa, algunas de ellas, se desempeñan en actividades como ventas ambulantes. Este perfil sociodemográfico permite comprender las condiciones estructurales desde las cuales se configuran las experiencias de acceso a los servicios de salud. Se identificaron barreras geográficas, económicas y culturales que dificultan su acceso a servicios de salud en Medellín.

Como resultado del trabajo de campo, se identificaron barreras geográficas, económicas y socioculturales que enfrentan las mujeres afrocolombianas migrantes para acceder a los servicios de salud en la ciudad de Medellín, las cuales se describen a continuación:

Barreras geográficas: El desafío de transitar lo desconocido

Al arribar a esta nueva ciudad como lo es Medellín, estas mujeres suelen asentarse en las periferias de la ciudad y zonas vulnerables como lomas o laderas, lo que, además de reducir las posibilidades de movilidad geográfica, también actúa como un factor que vulnera su salud, por los largos desplazamientos que deben realizar caminando de un lugar a otro, y tomar más de un medio de transporte. De este modo, dadas sus condiciones económicas, algunas mujeres se ubican en lugares de alta vulnerabilidad y pobreza en los que se continúa reproduciendo desigualdades sociales ya existentes en sus lugares de origen. Esta localización residencial opera como un mecanismo de reproducción de desigualdades territoriales.

> *"La mayoría de las personas que hemos migrado vivimos en zonas de periferia (…). Entonces también es difícil para una persona que tenga una movilidad reducida. Yo no puedo recibir en mi casa a alguien que tenga movilidad reducida porque tengo tres pisos con escaleras y hay que llegar a una loma"*. (Mujer migrante Acandí 3).

Adicionalmente, las mujeres afrocolombianas que migran de Acandí, Condoto e Istmina a Medellín, enfrentan desafíos al adaptarse a un nuevo entorno. Tienen dificultades para ubicarse y acceder a servicios de salud, lo cual afecta su bienestar físico, mental y emocional. Esto impacta también sus derechos, especialmente el derecho a la salud. Estas dificultades expresan una forma de exclusión asociada al desconocimiento del territorio urbano.

El desconocimiento del lugar se convierte en un obstáculo que dificulta el acceso a los servicios de salud para las mujeres, al aumentar el tiempo de traslado entre su hogar y el lugar de atención. Esto crea procesos de exclusión que las coloca en desventaja frente a otras mujeres y grupos. En Medellín, con sus dinámicas diferentes, estas mujeres sienten miedo por no conocer las calles y cómo llegar a ciertos lugares, lo que se transforma en una barrera para acceder a los servicios de salud.

Desde esta perspectiva, es importante considerar que estos miedos no sólo están relacionados con la movilidad del cuerpo en un espacio ajeno, sino también con la posición de ese cuerpo en la vida

https://doi.org/10.22267/rus.262802.9768

social y el significado que se otorga desde los "otros"[17], el miedo principalmente con el género. El papel de las mujeres en la vida social está relacionado con su marginación en la construcción de la ciudad. El miedo que sienten afecta su realidad y experiencia en el espacio urbano. Este sentido se ve influenciado por su condición de mujeres migrantes, afrodescendientes y con dificultades económicas. Así, el miedo se configura como una experiencia social y simbólica, más allá de una dificultad individual.

> *"(…) no todos vamos a tomar la misma ruta. Porque hay personas que no saben que hay una ruta de media hora y pueden tomar la que dura una hora"*. (Participante grupo focal 1).

Estas experiencias evidencian que la movilidad urbana se vive como un proceso de aprendizaje forzado, marcado por el desconocimiento del territorio y por desigualdades en el acceso al tiempo y al espacio.

> *"Esa dilatación del tiempo para nosotros, las mujeres rurales o migrantes es muy dura (…) porque cuando tú llegas a esta ciudad y eres nuevo (…) esto es gigante. Y el miedo a perderse, las historias que conocemos nos llenan también de ese miedo, no tenemos esa agilidad para mirar de un lado a otro"*. (Mujer migrante Acandí 3).

De este modo, el tiempo de traslado a los centros de atención médica en Medellín se ve afectado no solo por el miedo a perderse y el desconocimiento de la movilidad en la ciudad, sino también por las largas distancias desde zonas apartadas y las condiciones del tráfico.

> *"(…) para ir al médico en el transporte me tardo como una hora, porque a nosotros nos atienden en prado. (…) como una hora porque nos toca coger el metro y llegar hasta la estación de prado (…) porque el bus nos deja muy retirados. El metro (…) nos deja más cerca"*. (Mujer migrante Acandí 1).

Aquí se evidencia que las mujeres enfrentan barreras para acceder a servicios de salud debido a la necesidad de utilizar múltiples medios de transporte, lo que refleja las distancias entre sus hogares y dichos centros. El tiempo y el espacio son elementos clave en este análisis, por cuanto estas mujeres experimentan "esperas" y deben moverse en recorridos que afectan su vida cotidiana. De este modo, siguiendo a Hiernaux y Lindón[18], se construye una mirada geográfica no sólo desde los lugares, los espacios y los sujetos, sino también desde la experiencia espacial del mismo.

> *"(…) a Buenos Aires nos toma una hora y cuarto. ¿Y en qué se va? Metro y tranvía. O sea, tiene que combinar el transporte, sin tráfico 40 minutos. ¿Y con taco? 3 horas, 4 horas. El último aguacero fue dos horas de venida al centro y cuando nos mandan también para Itagüí, complicado"*. (Mujer participante grupo focal 3).

De esta forma, las mujeres migrantes en Medellín enfrentan barreras geográficas significativas para acceder a servicios de salud, que se entrelazan con sus rutinas diarias y procesos de movilidad. Aunque el transporte es un impedimento, existen otros obstáculos que afectan su accesibilidad, incluyendo limitaciones económicas que complican aún más su acceso a la atención médica. Este fenómeno será examinado con más detalle en secciones posteriores.

Barreras económicas: Entre la subsistencia y la atención médica

Las mujeres afrocolombianas migrantes entrevistadas suelen desempeñar trabajos que generan ingresos limitados, los cuales deben destinarse principalmente a cubrir las necesidades básicas de sus familias, como la alimentación y el cuidado de sus hijos y otros familiares a su cargo. En este contexto, los gastos médicos pueden representar un gasto adicional, dado que, al no estar siempre previstos, muchas se veces se dificulta el acceso a la atención en salud. Esta situación obliga a las mujeres a decidir entre usar el dinero, por ejemplo, para alimentación, o para atender su salud. Esta priorización económica puede interpretarse como una estrategia de supervivencia frente a condiciones de precariedad.

Los costos de transporte para las mujeres que necesitan llegar a los centros de atención médica pueden ser elevados, y en ausencia de recursos suficientes, su única alternativa es caminar.

> *"En esos días (…) fui a una cita (…) tocaba estar muy temprano, me tenía que hacer una ecografía, (…) la cita era las seis. Entonces (…) me tocó coger una moto y (…) me cobró 18 000 (…) Ya al yo regresarme, me gasté otros 7000"*. (Mujer migrante Istmina 3).

"En el transporte siempre, cuando no tengo plata, me toca irme a pie y es una hora exactamente caminando". (Mujer migrante Condoto 4).

Los gastos de bolsillo no sólo se encuentran ligados al transporte, sino también al pago de medicamentos, pues, aun cuando las Entidades Prestadoras de Salud, sean públicas y tengan la obligación de hacer entrega de medicamentos sin costo alguno o, al menos, no con costos tan elevados, en muchas ocasiones, cuando no hay disponibilidad de estos medicamentos o se entregan de manera incompleta, estas mujeres deben asumir dichos pagos, situación que se agrava cuando se trata de medicina de alto costo.

"Llevo contando (…) 69 días sin medicación de alto costo. Coloqué la tutela la semana pasada (…). Si yo compro mi fórmula médica, me vale 1 189 000 pesos. En marzo la compré, abril no la pude comprar, mayo no la pude comprar". (Participante grupo focal 4).

Es importante destacar que muchas de estas mujeres son las principales proveedoras económicas de sus hogares, situación que las obliga a priorizar sus responsabilidades laborales, por lo cual, faltar al trabajo para asistir a citas médicas representa una pérdida de ingresos. Por este motivo, a menudo, prefieren no utilizar los servicios de salud, por cuanto lo perciben como una inversión de tiempo que compromete su estabilidad económica. Por tanto, estas mujeres sobreponen su condición económica, por encima del uso de los servicios de salud, pues deben garantizar la subsistencia propia y la de sus familias, teniendo en cuenta las condiciones de precariedad económica, producto de desigualdades estructurales que atraviesan el contexto colombiano y que inciden en la experiencia de acceso a los servicios de salud.

De este modo, las barreras económicas no se limitan únicamente al acceso directo a los servicios de salud, sino que también se extienden a situaciones como el costo de traslados, remisiones y alojamiento en otras ciudades. Estos gastos, que no son asumidos por las aseguradoras, representan una carga adicional para estas mujeres, quienes a menudo carecen de los recursos suficientes para cubrir las múltiples necesidades que se derivan de su atención médica o de sus familiares.

Por tanto, las barreras económicas que enfrentan estas mujeres afrocolombianas migrantes afectan significativamente su acceso a los servicios de salud. Los costos asociados al transporte, medicamentos y la pérdida de ingresos por ausentarse del trabajo, son desafíos constantes. Además, la falta de cobertura para traslados y remisiones a otras ciudades aumenta aún más la carga económica. Estas dificultades además de limitar el acceso a la atención médica, también afectan la economía de estas mujeres y sus familias.

De esta manera, el factor económico se presenta como una barrera de accesibilidad, donde se producen procesos de exclusión social que afecta el bienestar de mujeres chocoanas en Medellín. De acuerdo a Cerda y Marmolejo[19], existen tres formas de estudiar la accesibilidad: la concepción física, económica y social. La perspectiva económica enfoca su análisis en las ventajas que ofrece para una persona el aprovechamiento óptimo de su tiempo e ingresos[20]. Por tanto, el tiempo también constituye una categoría central en el análisis de lo económico, pues estas mujeres deben organizar los tiempos para su trabajo, la familia, los hijos, el cuidado, el trabajo doméstico, los desplazamientos en la ciudad, entre otros. En este sentido, para comprender los procesos de exclusión social, Martínez[20] siguiendo los planteamientos de Cass *et al.*[21], propone analizar la accesibilidad como la capacidad de consensuar el tiempo y el espacio para realizar las tareas diarias, preservar las relaciones y crear lugares que los individuos requieren para su participación en la sociedad.

A estas barreras económicas se suman otras relacionadas con aspectos socioculturales, que también influyen en la experiencia de estas mujeres al acceder a los servicios de salud, como se abordará a continuación.

Barreras socioculturales: Afrodescendencia, género y saberes en tensión

De acuerdo a Jirón y Mansilla[22], en el acceso desigual también pueden generarse otro tipo de factores como las relaciones de género diferenciales, o barreras culturales que impiden el encuentro entre diferentes grupos sociales; esto, implica reconocer que diferencias sociales como el género, la edad, el origen étnico, la religión, pueden llegar a convertirse en elementos que generan experiencias diferenciadas, las cuales se traducen en una accesibilidad restringida. En este sentido - de acuerdo a los autores en mención- la accesibilidad debe ir más allá de incorporar factores que eliminen las barreras

https://doi.org/10.22267/rus.262802.9768

físicas, de infraestructura y servicios, pues existen condiciones socioculturales individuales y grupales (de género, étnico, etapa del ciclo vital, entre otros), que se constituyen en otro tipo de barreras.

De este modo, la etnia y el género jugaron un papel importante con relación a las barreras en el acceso a los servicios de salud para las mujeres migrantes de Acandí, Condoto e Istmina- residentes en Medellín, quienes expresaron haber experimentado discriminación por parte del personal médico cuando requirieron la atención, sintiéndose excluidas del sistema de salud, dado que se evidencia un trato diferencial respecto a otros grupos poblacionales.

> *"Uno siente (…), la indiferencia o el trato por la etnia y muchas veces me he sentido discriminada en la atención en servicio a salud. Inclusive, al que llegue de último lo atienden hasta primero que, a uno, y a uno lo hacen esperar. Muchas veces me ha tocado reclamar. Inclusive le dicen a uno que los negros huelen maluco (…)"*. (Mujer migrante Condoto 2).

Este trato diferencial se evidencia aún más cuando se realizan jornadas de salud o bien, brigadas en las que, en repetidas ocasiones, los profesionales de la salud suelen usar tapabocas cuando brindan la atención médica a personas que pertenecen a minorías étnicas, a diferencia de la atención que se brinda a personas mestizas, donde se produce un trato diferencial, poniendo en desventaja a las mujeres migrantes afrodescendientes, quienes se enfrentan a riesgos no sólo en su salud física, sino también mental y emocional.

Adicionalmente, la etnicidad se conjugó con el género como un factor de exclusión dentro de los servicios de salud, lo que llevó a estas mujeres a experimentar tratos discriminatorios, como el racismo y la violencia obstétrica, situaciones que se vieron amplificadas por ser mujeres y afrocolombianas. De este modo, la etnia en intersección con el género produce experiencias desiguales.

> *"El tema de la violencia obstétrica en mujeres afro… ¿Cuántos hijos va a tener más? Cuando lo estaba haciendo, ¿no le dolió? o sea, ese tipo de acciones hacen que se abandone de cierta manera o se presione para que las comunidades dejen de asistir a algo que es un derecho, pero está mediado por estas situaciones de estrés que… dirá ella, yo tengo una partera que me atiende mejor, no podrán estar las condiciones médico-sanitarias para tener el parto, pero si el parto, para ella, cree que va a ser mejor y más tranquilo, pues lo va a hacer"*. (Participante grupo focal 2).

En este contexto, la medicina ancestral ligada a la afrodescendencia parece ser una importante alternativa cuando estas mujeres experimentan barreras en el acceso a los servicios de salud o cuando no se sienten cómodas acudiendo a estos. Sin embargo, la medicina ancestral (ampliamente reconocida y legitimada por la población afrocolombiana y por las mujeres entrevistadas) y la medicina occidental, comienzan a entrar en tensión cuando las mujeres acceden a los servicios de salud en Medellín. Esta diferencia de enfoques genera confrontaciones durante las consultas médicas, ya que las prácticas y creencias ancestrales no siempre encuentran un espacio en el sistema de salud formal, aun cuando para las mujeres afrocolombianas constituye un saber legítimo y efectivo dentro de sus comunidades

> *"Yo tengo una tía que es sabedora y yo a veces voy donde ella. Y yo he escuchado que a uno como que le sirve más (…), la sabedora, el sobador le hace a uno, que lo del médico… Yo siempre he pensado que deberíamos nuevamente de retomar la medicina ancestral. Si yo pudiera elegir preferiría hacer uso de la medicina ancestral. Mil veces. Mil veces"*. (Mujer migrante Condoto 2).

> *"(…) muchos médicos juzgan cuando ya estás empezando a hacer remedios con hierbas, con cosas, ellos piensan que eso para qué, y eso, y no entienden el contexto de dónde viene ese conocimiento, ¿cierto?, y tampoco (…) hay ese respeto y es porque el sistema de salud lo ha sacado"*. (Mujer migrante Acandí 3).

Por lo anterior, estas mujeres afrocolombianas sienten que su cultura y su ancestralidad es deslegitimada, invalidada, y puesta en cuestión y en ridículo por parte del personal médico, lo cual atenta contra las prácticas culturales, las cuales hacen parte de sus procesos de identidad y pertenencia. Esto evidencia una jerarquización de saberes dentro del sistema de salud.

> *"Cuando yo iba a recibir cirugía, el anestesiólogo me dijo, a ustedes les gustan mucho las hierbitas. No vaya a tomar hierbitas. La verdad es que a mí sí me gusta, yo he sido criada en las hierbas, pero fue de forma despectiva"*. (Mujer migrante Acandí 5).

De esta forma, se producen tensiones entre la medicina contemporánea y los saberes tradicionales y culturales de las mujeres afrodescendientes, donde se inferioriza las prácticas ancestrales de estas comunidades, y se homogeniza culturalmente, invisibilizando elementos culturales del derecho a la salud, situación que incrementa las desigualdades sociales en mujeres migrantes afrodescendientes.

En síntesis, las barreras socioculturales ligadas a la etnia, el género y la ancestralidad configuran experiencias de acceso desiguales que inciden de manera directa en la salud integral de las mujeres afrocolombianas migrantes.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio evidencian que las barreras en el acceso a los servicios de salud que enfrentan las mujeres afrocolombianas migrantes en Medellín no pueden entenderse como obstáculos aislados, sino como el resultado de procesos estructurales que articulan desigualdades territoriales, económicas, étnicas y de género. En este sentido, los resultados confirman que la migración interna, atravesada por el conflicto armado y la precarización laboral, configura condiciones de vulnerabilidad que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Desde una perspectiva interseccional, las desigualdades identificadas no operan de manera aislada, sino que se configuran a partir de la articulación simultánea de relaciones de poder asociadas al género, la etnicidad, la clase social y la condición migratoria. En el contexto colombiano, este enfoque ha sido ampliamente desarrollado para comprender cómo el racismo estructural, el sexismo y las jerarquías socioeconómicas producen experiencias diferenciadas de exclusión y vulnerabilidad, particularmente en mujeres afrodescendientes[23]. Así, la interseccionalidad permite analizar cómo estas categorías se co-constituyen históricamente y se expresan en prácticas sociales e institucionales que inciden en el acceso efectivo a derechos fundamentales como la salud.

En coherencia con el enfoque interseccional, los hallazgos muestran que las barreras geográficas, económicas y socioculturales que enfrentan las mujeres afrocolombianas migrantes en Medellín surgen de la articulación de desigualdades de género, etnicidad y condición migratoria. Estas intersecciones generan formas específicas de exclusión y vulnerabilidad en el acceso a los servicios de salud, haciendo de la interseccionalidad una herramienta clave para comprender las experiencias y estrategias que las mujeres desarrollan frente a dichas barreras[24].

En cuanto a las barreras geográficas, se encontraron factores como la distancia, el tráfico, el desconocimiento de las dinámicas de movilidad, los puntos de referencia y el miedo a perderse, que son cruciales para entender las dificultades que enfrentan estas mujeres al acceder a la atención médica en Medellín. Así pues, las barreras geográficas o físico-geográficas, se vinculan con la distancia que los usuarios del sistema de salud tienen que recorrer para llegar al centro de atención (dependiendo si su lugar de residencia es urbano o rural), la conectividad que proporcionan los medios de transporte, los periodos de desplazamiento, y la disposición de los centros sanitarios[25]. En este sentido, cuando se trata de arribar a los diferentes centros de atención médica, el acceso geográfico a la salud se refiere a la diferencia física entre un posible consumidor y el proveedor de servicios, bajo un cierto estándar de medición que incluye patrones de tráfico, medio de transporte y duración del viaje[26].

El desconocimiento respecto a la ubicación espacial, también juega un papel importante puesto que influye significativamente en la tardanza en acceder a los servicios de salud y, de este modo, se configura como una barrera dentro del factor geográfico, debido a que las mujeres desconocen la ubicación de los centros de salud e incluso pueden llegar a conocer solo uno[27].

Resultados similares se observan en el estudio de Sawadogo, *et al.*[28], en cuanto subrayan que la distancia entre los lugares de residencia de las mujeres migrantes en los nuevos territorios que habitan y los centros de salud es muy grande, escenario que se complejiza debido a la falta de transporte y conectividad . Así mismo, en los casos, expuestos por Tschirhart et al.[27], se reconoce que las mujeres migrantes debían recorrer distancias hasta de 4 horas, utilizando diferentes medios de transporte como bicicleta, tractor, motocicleta, automóvil y largas caminatas.

En general, la evidencia internacional muestra que las mujeres migrantes pueden experimentar acceso tardío a los servicios perinatales cuando desconocen la oferta disponible y enfrentan dificultades de movilidad y transporte en los territorios de acogida;

https://doi.org/10.22267/rus.262802.9768

por ejemplo, se ha descrito esta situación en mujeres migrantes de Ghana en Canadá[29,30]. En América Latina, estas barreras también han sido documentadas, destacándose que el acceso a salud de población migrante se ve condicionado por desigualdades estructurales, segmentación de los sistemas sanitarios y limitaciones económicas que afectan de manera diferencial a mujeres, particularmente cuando se intersectan género, etnicidad y precariedad laboral[31]. En este marco, el desconocimiento del funcionamiento del sistema y de las rutas institucionales de atención, junto con las restricciones materiales para desplazarse, contribuyen a postergar la búsqueda de servicios y a profundizar inequidades en salud.

Las dificultades relacionadas con el transporte y la distancia entre el lugar de residencia y los establecimientos de salud disminuyen la probabilidad de acceder oportunamente a los servicios de atención. Esta situación afecta con mayor intensidad a la población que habita en zonas rurales, donde las barreras geográficas son más frecuentes que en los contextos urbanos. En el caso de las gestantes, una adecuada planificación del parto y de las rutas de atención puede contribuir a reducir estas limitaciones y facilitar el acceso a los servicios de salud[32].

De igual manera, las mujeres migrantes, especialmente aquellas en situación de desplazamiento forzado, enfrentan mayores riesgos en su salud sexual y reproductiva, particularmente adolescentes y niñas, quienes durante la migración pueden estar expuestas a trata de personas, explotación laboral, matrimonios forzados, embarazos no planificados y violencia de género. Aunque migrar puede representar una salida frente a contextos de violencia, las condiciones de precariedad y desprotección suelen profundizar las desigualdades y aumentar su vulnerabilidad[33].

De este modo, la migración incide directamente en la salud, al aumentar la exclusión en el acceso a servicios sanitarios y la exposición a enfermedades infecciosas, especialmente en personas migrantes, quienes enfrentan mayores barreras y vulnerabilidad[34], no solo por las condiciones propias del desplazamiento, sino también por factores sociales y contextuales desfavorables que se expresan en prejuicios, estigmatización y prácticas de discriminación[35].

Otra de las barreras para acceder a los servicios de salud es la económica. Los gastos médicos no siempre son cubiertos por las EPS. También, el costo de transporte, alojamiento, citas, copagos y medicamentos, que las mujeres migrantes a menudo deben pagar, se vuelve insostenible. Al ser jefas de hogar y proveedoras, priorizan sus obligaciones sobre su salud, ya que acudir a servicios médicos implica gastos y pérdida de tiempo laboral, lo cual afecta sus ingresos[36].

En los casos, descritos por Loganathan et al.[37], las mujeres migrantes, a diferencia de las mujeres locales de algún territorio, deben costear la atención médica completa y, por esto, muchas veces no tienen otra opción que parir en sus casas para evitar asumir costos de dinero que carecen[38]. De igual manera, Damle et al.[39], afirman que las mujeres migrantes latinoamericanas en Estados Unidos enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud costosos, siendo muchas de ellas madres trabajadoras y, en su mayoría, solteras o divorciadas. Esta situación a menudo las obliga a dejar sus empleos para cuidar a sus hijos, lo que contribuye a su inseguridad alimentaria y la exposición a vulnerabilidades adicionales.

Finalmente, se identificaron barreras geográficas, económicas y socioculturales que afectan el acceso a servicios de salud. Las barreras socioculturales, como la etnia, el género y prácticas ancestrales, causan diferentes experiencias que perpetúan desigualdades sociales. Esto restringe el acceso a los servicios de salud y afecta el bienestar de las mujeres migrantes afrodescendientes. Estas barreras "surgen de la articulación entre diferentes actores (población, proveedora de servicios e instituciones intermedias como aseguradoras y reguladoras) que poseen distintos intereses, representaciones y creencias, y que forman parte de grupos sociales diferentes"[25]. De esta manera, las mujeres afrocolombianas de Acandí, Condoto e Istmina no sólo consideraron que sus creencias estaban siendo deslegitimadas, sino que también han experimentado discriminación, cuestionamiento y ridiculización en el marco de su cultura y ancestralidad. Así pues, la falta de sensibilidad por parte del personal médico hacia las tradiciones o creencias de estas mujeres exacerba los tratos discriminatorios[40].

Las mujeres migrantes en Canadá provenientes de África desconfían de la medicina occidental, sus profesionales y medicamentos, viendo estas prácticas como un ultraje a sus creencias religiosas y

culturales[41], y cuando el personal médico intenta imponerles valores culturales y prácticas asociadas a la medicina occidental, se genera una marcada disonancia cultural[42].

Con base en los hallazgos y reflexiones anteriores, es importante analizar las barreras en el acceso a los servicios de salud de forma integrada, de manera interseccional. Las mujeres migrantes afro colombianas buscan atención médica mientras enfrentan barreras geográficas, económicas y socioculturales, debido a sus contextos de conflicto armado y su rol como jefas y proveedoras económicas.

De este modo, la perspectiva interseccional permite comprender de manera más amplia por qué las mujeres migrantes experimentan barreras en el acceso a los servicios de salud. Así, Biondini[43], muestra cómo el género, la etnia, la nacionalidad y la condición socioeconómica actúan en conjunto, y lo ilustra exponiendo el caso de mujeres migrantes peruanas en Argentina que, a pesar de experimentar numerosas barreras en el acceso a los servicios de salud, tienden a 'agachar la cabeza' y no protestar ante los tratos injustos y discriminatorios por parte de los profesionales de la salud. En la misma línea, otro estudio realizado con mujeres migrantes originarias de Bolivia y del noroeste argentino, enfrentan barreras de accesibilidad al sistema de salud durante sus recorridos migratorios vinculados con el trabajo agrícola en Argentina[44].

En este sentido, el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud desde una perspectiva interseccional permite entender cómo diferentes factores como género, edad, etnia, posición socioeconómica, y religión influyen en las experiencias de las personas. Estas diferencias crean relaciones de poder y desigualdades sociales, generando trato excluyente y discriminación que impactan el bienestar de ciertos grupos, especialmente de mujeres migrantes afrodescendientes en condiciones económicas difíciles.

Por tanto, la interseccionalidad surge como un enfoque teórico-metodológico para entender las relaciones sociales de poder y los entornos donde surgen las desigualdades sociales, posibilitando un estudio 'complejo' de la realidad experimentada por los individuos, tanto mujeres como hombres, a través del abordaje de las distintas posiciones y categorías sociales, situadas históricamente[45].

En este contexto, el racismo también aparece como una barrera en los servicios de salud que produce desigualdades, en tanto las mujeres afrodescendientes son frecuentemente excluidas y tratadas de manera diferencial, incidiendo en la garantía de su derecho a la salud. Desde el estudio de Chitongo *et al.*[46], por ejemplo, se culpa a las mujeres negras migrantes por no asistir a los controles prenatales. Se ignora que estas mujeres realizan más trabajos de cuidado y no tienen apoyo suficiente para dejar sus labores y asistir a estos servicios.

https://doi.org/10.22267/rus.262802.9768

La accesibilidad a los servicios de salud para mujeres migrantes afrodescendientes involucra reconocer barreras físicas, geográficas, económicas y socio-culturales. Se necesita un enfoque interseccional que considere su situación en la sociedad y cómo factores como etnia, género, edad y condición socioeconómica afectan su salud. Es esencial crear políticas públicas integrales y generar espacios de diálogo intercultural para garantizar sus derechos y reducir la violencia institucional y las desigualdades en la salud.

En este sentido, las barreras pueden interpretarse no sólo desde su dimensión espacial, sino también desde las variadas restricciones que los individuos encuentran diariamente en sus desplazamientos por la ciudad[22], por lo que, el análisis debe ir más allá de los elementos físicos e infraestructurales de los servicios de salud, incorporando factores sociales, culturales y económicos. Se debe reconocer la posición de las mujeres migrantes afrodescendientes, considerando la interconexión del tiempo, el espacio y el cuerpo, el cual abarca dimensiones tanto físicas como sociales.

CONCLUSIONES

El estudio evidenció múltiples barreras geográficas, económicas y socioculturales que profundizan las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de mujeres migrantes afrodescendientes en Medellín. Factores como la distancia, el desconocimiento del sistema de transporte, la precariedad económica y la discriminación sociocultural limitan su accesibilidad y reproducen exclusión en los entornos urbanos.

Los resultados subrayan la necesidad de formular políticas públicas con enfoque interseccional que reconozcan las particularidades de género, etnia, procedencia y condición socioeconómica, integrando además saberes y prácticas culturales propias. Este enfoque permite visibilizar las desigualdades estructurales que condicionan la atención en salud de esta población.

Aunque el estudio se centró en un grupo específico, su logía es replicable en otros contextos y puede orientar investigaciones comparativas en distintas ciudades para ampliar la comprensión de las desigualdades en salud. Se propone evaluar las estrategias institucionales existentes y promover modelos de atención intercultural que respondan mejor a las necesidades de las mujeres afrocolombianas migrantes, contribuyendo así a reducir las brechas sociales y de acceso a la salud.

REFERENCIAS

1. Vargas Machado CA, Serrano Frattali JP, Mendoza Munar L. El derecho a la salud en Colombia: El enfoque diferencial étnico en el marco de los actuales intentos de reforma. Rev Cient Estud Soc [Internet]. 2025; 4(7):145-166. Disponible en: https://portalderevistas.uam.edu.ni/index.php/revistaestudiossociales/es/article/view/286
2. Contreras MAS, Sánchez OR, Borrego NG, Osis MJD, Surita FGC. Reflexiones para el abordaje del enfoque interseccional y la salud de las mujeres. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2025; 30(9):e10782024. DOI: 10.1590/1413-81232025309.10782024
3. Granados-Martínez A. Interseccionalidad en salud, pobreza y vulnerabilidad. Pap Poblac [Internet]. 2022;28(111):137-161. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252022000100137&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Aproximación situación de la cooperación Chocó – Colombia [Internet]. OPS, OMS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/aproximacion_situacion_choco_ops-oms_0.pdf
5. Defensoría del Pueblo. Confinamiento derivado del conflicto armado triplica cifras de desplazamiento forzado en Colombia. 2026 [citado 2026 Abr 29]. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/-/confinamiento-derivado-del-conflicto-armado-triplica-cifras-de-desplazamiento-forzado-en-colombia
6. Defensoria del Pueblo. Boletín mensual: Dinámicas de Movilidad Humana Forzada en Colombia. 2025 [citado 2026 Abr 29]. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/-/desplazamiento-forzado-confinamiento-enero-octubre-2025
7. Ariza Pérez MM, Castillo Moreno LA, Charris Díaz LP, Jaramillo Torres AF. Dinámicas del desplazamiento forzado en el Chocó (2016 – 2025): Modalidades, patrones y factores estructurales [Proyecto de Investigación]. Bogotá (COL): Universidad Externo; 2025. Disponible en: https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/8129d78e-6509-4ccc-a207-43dd58eb1b89/content
8. Asprilla KL, Montenegro G. Acceder a los servicios de salud: La mirada de migrantes del Chocó a Medellín. Pen Amer [Internet]. 2023; 16(31):1-19. DOI: 10.21803/penamer.16.31.521
9. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res [Intenret]. 1974; 9(3):208-220. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4436074
10. International Committee of the Red Cross. How is the Term "Armed Conflict" Defined in International Humanitarian Law? ICRC: 2008 [citado 2025 Dic 2]. Disponible en: https://www.refworld.org/reference/research/icrc/2008/en/56764
11. Centro de Derechos Reproductivos. Una radiografía sobre la violencia reproductiva contra mujeres y niñas durante el conflicto armado en Colombia [Internet]. Bogotá (COL); 2020. Disponible en: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-Reproductiva-en-el-conflicto-armado-colombiano.pdf
12. Castañeda-Orjuela C, Hilarion Gaitan L, Diaz-Jimenez D, Cotes-Cantillo K, Garfield R. Maternal mortality in Colombia during the COVID-19 pandemic: Time series and social inequities. BMJ Open [Internet]. 2023; 13(4):e064960. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064960
13. Mosquera Córdoba M, Cuesta Caicedo AP. Factores biosociales asociados a la mortalidad materna en el departamento de Chocó 2013-2019. Rev Med Risaralda [Internet]. 2022; 28(1):33-45. DOI: 10.22517/25395203.24934
14. Mejía W, Duarte C, Montoya L, Bernal C, Cardozo K, Granados LA, et al. Dimensiones de la migración en Colombia. [Internet]. Aliaga FA, Flórez A, editores. Bogotá(COL): Universidad Santo Tomas; 2020 [citado 2022 Ago 9]. DOI: 10.15332/li.lib.2020.00232
15. Moreno-Acero ID, Díaz-Santos SE, Rojas-García AP. Desintegración y recomposición de la unidad familiar de las víctimas del conflicto armado en Colombia. Entramado [Internet]. 2021; 17(1). DOI: 10.18041/1900-3803/entramado.1.7149
16. Asprilla KL, Montenegro G. Migración interna y el acceso a los servicios de salud. El caso de la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín. CES Derecho [Internet]. 2022; 13(2):28-44. DOI: 10.21615/cesder.6399
17. Contreras H, Candia C, Rodriguez-Sickert C, Ferres L, Troncoso R. Feelings of insecurity as a gender-specific constraint on urban mobility. EPJ Data Sci [Internet]. 2025; 14(1):71. DOI: 10.1140/epjds/s13688-025-00589-z

18. Lindón A, Hiernaux D, editores. Geografía de la vida cotidiana. En: Tratado de Geografía Humana. Barcelona (ESP): Anthropos; 2006. Disponible en: https://www.amazon.com/-/es/Tratado-Geografia-Humana-Geography-Spanish/dp/8476587945#detailBullets_feature_div
19. Cerda Troncoso J, Marmolejo Duarte C. De la accesibilidad a la funcionalidad del territorio: Una nueva dimensión para entender la estructura urbano-residencial de las áreas metropolitanas de Santiago (Chile) y Barcelona (España). Rev Geogr Norte Gd [Internet]. 2010; (46):5-27. DOI: 10.4067/S0718-34022010000200001
20. Martínez Riquelme P. Geografía y vida cotidiana. La escala de lo cotidiano para entender lo global. Rev Geogr Espacios [Internet]. 2018 [citado 2025 Ene 7]; 8(15):5-20. Disponible en: https://revistas.academia.cl/index.php/esp/article/view/1031
21. Cass N, Shove E, Urry J. Social Exclusion, Mobility and Access. Sociol Rev [Internet]. 2005; 53(3):539-555. DOI: 10.1111/j.1467-954X.2005.00565.x
22. Jirón P, Mansilla P. Atravesando la espesura de la ciudad: Vida cotidiana y barreras de accesibilidad de los habitantes de la periferia urbana de Santiago de Chile. Rev Geogr Norte Gd [Intenret]. 2013; (56):53-74. DOI: 10.4067/S0718-34022013000300004
23. Arias-Uriona Am, Losantos M, Bedoya PL. La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas [Internet]. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2023 [citado 2025 Dic 16]; 47:e133. DOI: 10.26633/RPSP.2023.133
24. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. Debate Fem [Internet]. 2016; 52:1-17. DOI: 10.1016/j.df.2016.09.005
25. Tapia J, Encina R, Piangatelli MC, Pirola J, González GP, Moscoso NS. Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 2025 Enero 7]; 34(3):183-187. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Caicedo-Rosero ÁV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2016; 15(31):146-174.Disponibleen:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000200146
27. Tschirhart N, Jiraporncharoen W, Angkurawaranon C, Hashmi A, Hla S, Nosten S, et al. Giving birth on the way to the clinic: Undocumented migrant women's perceptions and experiences of maternal healthcare accessibility along the Thailand-Myanmar border. Reprod Health [Internet]. 2023; 20(1):178. DOI: 10.1186/s12978-023-01722-9
28. Sawadogo PM, Sia D, Onadja Y, Beogo I, Sangli G, Sawadogo N, et al. Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review. PLoS One [Internet]. 2023; 18(9):e0291486. DOI: 10.1371/journal.pone.0291486
29. Ramadan M, Rukh-E-Qamar H, Yang S, Vang ZM. Fifty years of evidence on perinatal experience among refugee and asylum-seeking women in Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) countries: A scoping review. PLoS One [Internet]. 2023; 18(10): e0287617. DOI: 10.1371/journal.pone.0287617
30. Rizwan L, Malagón M, Richter S. Understanding the Influence of Ghanaian Women's Migration Patterns on Access to Health Care. Women [Internet]. 2022; 2(1):30-43. DOI: 10.3390/women2010004
31. Cabieses B, Bernal M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para politicas públicas. (CHL): Universidad del Desarrollo; 2017. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
32. Blanquillo-Reyes AK, Santos-Rosales YR. Barreras de acceso a la atención de la salud según la nacionalidad peruana - venezolana, en puérperas de un Hospital Público del Perú. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024; 84(2):168-77. DOI: 10.51288/00840210
33. Chavez LJE, Lamy ZC, Veloso LC, Silva LFN, Goulart AMR, Cintra N, et al. Barriers and facilitators for the sexual and reproductive health and rights of displaced Venezuelan adolescent girls in Brazil. J Migr Health [Internet]. 2024; 10:100252. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100252
34. Ariza-Abril JS, Marcela-Cifuentes Á, Calderón-Jaramillo M, Rivera D, Rivillas-García JC. Uso de servicios de salud y enfermedades transmisibles de la población migrante y refugiada venezolana. Salud UIS [Internet]. 2020; 52(4):392-401. DOI: 10.18273/revsal.v52n4-2020006

35. Restrepo Pineda JE. Accesibilidad a los servicios de salud de las y los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual en Colombia: Una cuestión bioética. Rev Latinoam Bioet [Internet]. 2024; 24(1):65-79. DOI: 10.18359/rlbi.6494
36. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Méx [Internet]. 2015 [citado 2018 Abr 23]; 57(2):180-186. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Loganathan T, Chan ZX, Smalen AW, Pocock NS. Migrant Women's Access to Sexual and Reproductive Health Services in Malaysia: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020; 17(15):5376. DOI: 10.3390/ijerph17155376
38. Nellums LB, Powis J, Jones L, Miller A, Rustage K, Russell N, et al. "It's a life you're playing with": A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. Soc Sci Med [Internet]. 2021; 270:113610. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113610
39. Damle M, Wurtz H, Samari G. Racism and health care: Experiences of Latinx immigrant women in NYC during COVID-19. SSM Qual Res Health [Internet]. 2022; 2:100094. DOI: 10.1016/j.ssmqr.2022.100094
40. Ojeda MAA, Santos EKA dos, Damiani PR. Experiences of immigrant women accessing health care in Punta Arenas, Chile. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020; 29:e20190276. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0276
41. DeSa S, Gebremeskel AT, Yaya S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: Study protocol for a systematic review. Syst Rev [Internet]. 2020; 9(1):186. DOI: 10.1186/s13643-020-01446-y
42. Barrio-Ruiz C, Ruiz de Viñaspre-Hernandez R, Colaceci S, Juarez-Vela R, Santolalla-Arnedo I, Durante A, et al. Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2023; 69(1):71-90. DOI: 10.1111/jmwh.13545
43. Biondini V. Entre barreras y estrategias: Experiencias de acceso a servicios de salud pública de mujeres migrantes peruanas. Pacha [Internet]. 2020; 1(1). DOI: 10.46652/pacha.v1i1.4
44. Linardelli MF, Anzorena C. Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. Jangwa Pana [Internet]. 2021; 20(2):206-224. DOI: 10.21676/16574923.4177
45. Salem S. "Feminismo islámico, interseccionalidad y decolonialidad". Tabula Rasa [Internet]. 2014 [citado 2025 Ene 7]; 21:111-222. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39633821006
46. Chitongo S, Pezaro S, Fyle J, Suthers F, Allan H. Midwives' insights in relation to the common barriers in providing effective perinatal care to women from ethnic minority groups with "high risk" pregnancies: A qualitative study. Women Birth [Internet]. 2022; 35(2):152-159. DOI: 10.1016/j.wombi.2021.05.005