

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

**Salud femenina y sexual en mujeres en situación
calle en la Región Metropolitana de Chile**

*Female and sexual health among women experiencing homelessness in the Metropolitan
Region of Chile*

CRISTIAN LERMANDA PEÑA

Universidad de las Américas, Chile

SLOMITH MUÑOZ VARGAS

Universidad de las Américas, Chile

VALERY MEZA RIVAS

Universidad de las Américas, Chile

CARINA MUÑOZ LARA

Universidad de las Américas, Chile

JIMENA PALMA DÍAZ

Universidad de las Américas, Chile

MACARENA SEGUEL LIGENA

Universidad de las Américas, Chile



Este trabajo está sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0).

RESUMEN La situación de calle es una expresión extrema de exclusión social y vulneración de derechos humanos, asociada a mayor morbilidad, mortalidad y deterioro de la salud. En Chile, las mujeres enfrentan riesgos específicos por la convergencia de desigualdades, violencia de género y necesidades de salud sexual y reproductiva. El objetivo fue comprender experiencias y estrategias de salud femenina y sexual en mujeres en situación de calle de la Región Metropolitana durante el segundo semestre de 2025. Se realizó una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico. Participaron diez mujeres de 30 a 50 años, con trayectorias en calle entre 5 meses y 24 años. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas. Luego se transcribieron, anonimizaron y analizaron temáticamente utilizando MAXQDA. Los hallazgos se agruparon en tres categorías: conocimiento sobre salud femenina, autocuidado y acceso/vinculación con el sistema de salud. Emergió un componente emocional transversal marcado por miedo, incertidumbre e inseguridad, asociado a riesgo de violencia sexual, que condiciona prácticas de autoprotección. La gestión menstrual fue crítica por falta de insumos, agua y privacidad, lo que obliga a improvisar materiales y genera malestar físico y emocional. Aunque existe conocimiento sobre anticoncepción, el acceso es irregular y la autonomía reproductiva restringida. El estigma y el trato discriminatorio en salud refuerzan la desconfianza y la evitación de controles. Se concluye que las brechas combinan barreras materiales y relacionales, por lo que se requieren intervenciones comunitarias, territoriales e intersectoriales, con enfoque de género y derechos que aseguren atención continua, respetuosa y digna.

PALABRAS CLAVE Personas en situación de calle; vulnerabilidad; salud sexual; menstruación; sistemas de salud.

ABSTRACT Homelessness is an extreme expression of social exclusion and human rights violations, associated with increased morbidity, mortality, and progressive deterioration of health. In Chile, women experiencing homelessness face specific risks due to the convergence of social inequalities, gender-based violence, and unmet sexual and reproductive health needs. This study aimed to understand the experiences and strategies related to women's sexual and reproductive health among women experiencing homelessness in the Metropolitan Region during the second half of 2025. A qualitative study with a phenomenological approach was conducted. Ten women aged 30 to 50 years participated, with trajectories of homelessness ranging from 5 months to 24 years. Data were collected through semi-structured interviews, then transcribed, anonymized, and thematically analyzed using MAXQDA. Findings were orga-

nized into three categories: knowledge of women's health, self-care practices, and access to and linkage with the health system. A cross-cutting emotional component emerged, characterized by fear, uncertainty, and insecurity, associated with the risk of sexual violence, which conditions self-protective practices. Menstrual management was particularly critical due to lack of supplies, water, and privacy, forcing the use of improvised materials and generating physical and emotional discomfort. Although some knowledge of contraception was present, access was irregular and reproductive autonomy perceived as restricted. Stigma and discriminatory treatment within health services reinforced distrust and avoidance of care. It is concluded that these gaps reflect both material and relational barriers, underscoring the need for community-based, territorial, and intersectoral interventions grounded in gender and human rights approaches to ensure continuous, respectful, and dignified care.

KEY WORDS People experiencing homelessness; vulnerability; sexual health; menstruation; health systems.

Introducción

La situación de calle representa una manifestación extrema de exclusión social y vulneración de derechos humanos, cuya expresión sanitaria se traduce en altos niveles de morbilidad, mortalidad prematura y deterioro progresivo de la salud integral (Soto y Vidal, 2024). A nivel global, se estima que cerca de 150 millones de personas viven sin vivienda estable, enfrentando condiciones de precariedad estructural que impactan su bienestar físico, mental y social (Homeless World Cup, 2025).

Esta condición no solo constituye un fenómeno socioeconómico, sino también un problema sanitario de alta complejidad, determinado por múltiples factores interrelacionados, como desigualdad, violencia, consumo problemático, falta de redes de apoyo y barreras sistémicas de acceso, los cuales incrementan la susceptibilidad a enfermedades crónicas, infecciones transmisibles, trastornos mentales y eventos traumáticos (Grandón et al., 2018). Además, la población en situación de calle se caracteriza por una alta carga de necesidades no satisfechas y un acceso fragmentado a los sistemas de salud, lo que dificulta la continuidad de cuidados y limita el impacto de las intervenciones preventivas (Salvador et al., 2025).

En Chile, la situación de calle ha adquirido mayor visibilidad en la última década, en parte por la profundización de la crisis habitacional y el aumento del costo de vida, factores que han intensificado la vulnerabilidad socioeconómica y la pobreza urbana. Para el año 2023 se registraron 20.144 personas en situación de calle, cifra que evidencia la persistencia de este fenómeno como un desafío estructural para las

políticas públicas (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2024). Aunque la composición demográfica se concentra mayoritariamente en hombres, la presencia femenina alcanza el 16,4% (3.303 mujeres), un porcentaje que, aun siendo numéricamente menor, requiere atención diferenciada debido a que las mujeres enfrentan una combinación particular de riesgos derivados de la interacción entre desigualdades sociales, violencia de género y necesidades de salud asociadas a la fisiología reproductiva (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2024). En este sentido, la condición de calle no afecta de manera homogénea a toda la población; por el contrario, presenta patrones de vulnerabilidad que se agravan cuando convergen factores como el género, la exposición a violencia sexual, la precariedad en la higiene íntima y la falta de acceso sostenido a servicios de salud sexual y reproductiva.

La evidencia internacional y regional coincide en que las mujeres en situación de calle experimentan una vulnerabilidad sanitaria intensificada, caracterizada por mayor exposición a violencia física y sexual, tasas elevadas de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, dificultades para el control ginecológico preventivo y menor acceso a métodos anticonceptivos eficaces (Hess et al., 2025). Sin embargo, estas dimensiones suelen permanecer subrepresentadas en la investigación y en los dispositivos de intervención sanitaria, debido a barreras culturales, estigmas sociales y un enfoque institucional históricamente centrado en la asistencia básica y la emergencia.

En Chile, aunque existen programas orientados a responder a la problemática general, como Código Azul, destinado a ampliar la atención en condiciones climáticas extremas, o el Programa Calle, que incorpora acompañamiento psicosocial y socio-laboral por 24 meses. No obstante, persisten brechas relevantes en la integración de un abordaje sistemático y con enfoque de género para la salud femenina y sexual (Ministerio de Desarrollo Social y Familia Chile, 2024). Estas brechas se expresan, entre otras dimensiones, en el acceso limitado a productos de higiene menstrual, la imposibilidad de mantener condiciones mínimas de autocuidado, la falta de información accesible sobre salud sexual y reproductiva, y la escasa articulación con estrategias preventivas del sistema de salud.

La salud sexual y reproductiva constituye un componente fundamental del bienestar integral de las personas y se entiende como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y no solo como la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Este concepto implica una aproximación positiva y respetuosa hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de vivir experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia, lo que requiere el pleno respeto, protección y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Edwards y Coleman, 2004). En el caso de la salud de la mujer, esta debe ser comprendida desde una perspectiva amplia y a lo largo del curso

de vida, reconociendo la interacción entre factores biológicos, sociales, culturales y de género que influyen de manera específica en sus resultados de salud. La evidencia contemporánea enfatiza que la salud femenina no puede reducirse exclusivamente a la reproducción, sino que abarca dimensiones como la autonomía corporal, el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, y la influencia de normas de género en la vivencia de la sexualidad y el bienestar general (OMS, 2017; Ouahid et al., 2025).

Particularmente, la salud menstrual constituye un componente crítico de la salud pública y del bienestar biopsicosocial, cuya garantía resulta esencial para la dignidad humana. Sin embargo, para mujeres en situación de calle, la gestión menstrual se convierte en una problemática cotidiana marcada por la insuficiencia de productos sanitarios, falta de privacidad y ausencia de infraestructura básica como acceso permanente a agua potable, baños adecuados o condiciones seguras para la higiene íntima (de Maria et al., 2024). En Chile, el estudio “Gestión Menstrual en Población Hipervulnerable” realizado por el SERNAC (2023) reportó que una proporción importante de mujeres en situación de calle carece de acceso regular a productos de higiene menstrual, lo cual puede aumentar el riesgo de infecciones genitourinarias, irritaciones, malestar físico persistente y repercusiones psicológicas vinculadas a la vergüenza o el aislamiento (SERNAC, 2023). Estas condiciones, en conjunto, contribuyen a profundizar la inequidad sanitaria y refuerzan un círculo de vulneración que se mantiene invisibilizado en las agendas públicas.

A lo anterior se suma que diversas investigaciones cualitativas han mostrado que las estrategias de supervivencia de las mujeres en situación de calle se encuentran atravesadas por dinámicas de violencia, exclusión y negociación constante de espacios y relaciones, donde el cuerpo puede transformarse en un recurso de protección o intercambio frente a amenazas estructurales (Zabala-Sandoval, 2022). Estas condiciones configuran una experiencia vital altamente compleja, donde la precariedad excede lo económico y se extiende hacia dimensiones emocionales, sociales y sanitarias. En consecuencia, estudiar la salud femenina y sexual en mujeres en situación de calle no solo implica reconocer necesidades clínicas específicas, sino también comprender cómo estas mujeres desarrollan estrategias de autocuidado y afrontamiento en contextos de alta adversidad, y cómo se vinculan (o se ven excluidas) del sistema formal de salud.

Pese a la relevancia del fenómeno, la literatura científica nacional aún muestra una limitada producción enfocada específicamente en salud femenina y sexual en mujeres en situación de calle, especialmente desde una perspectiva centrada en experiencias, estrategias y trayectorias de acceso al cuidado. Esta brecha de conocimiento restringe la capacidad del sistema sanitario y de las políticas públicas para diseñar intervenciones pertinentes, sostenibles y culturalmente contextualizadas (Patel et al., 2022). Por

tanto, resulta prioritario generar evidencia que contribuya a visibilizar las necesidades específicas de este grupo, fortalecer la respuesta intersectorial y orientar la formulación de políticas sanitarias con enfoque de género, derechos humanos y equidad.

En este marco, la presente investigación tiene como objetivo indagar las experiencias y estrategias relacionadas con la salud femenina y sexual en mujeres en situación de calle en la Región Metropolitana durante el segundo semestre de 2025. De modo de aportar evidencia científica relevante que facilite la mejora de intervenciones comunitarias, sanitarias y políticas públicas, contribuyendo a reducir inequidades y promover una atención más humanizada, integral y acorde con la realidad sociocultural de las mujeres que habitan la calle.

Metodología

Se planteó una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, orientada a comprender en profundidad las experiencias y significados que atribuyen las mujeres en situación de calle a su salud femenina y sexual en el contexto de la Región Metropolitana de Chile (Fuster, 2019). La elección del paradigma cualitativo se fundamenta en su capacidad para explorar fenómenos complejos desde la perspectiva de las participantes, considerando su realidad social, emocional y cultural, sin intervenir ni modificar el curso natural de los acontecimientos.

Participantes

La población de estudio estuvo constituida por mujeres en situación de calle residentes en la Región Metropolitana. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por mujeres entre 18 y 65 años, en condición de calle al momento del estudio. La inclusión se definió sobre la base de criterios que aseguraran la participación voluntaria y la capacidad de otorgar consentimiento informado, mientras que se excluyeron mujeres menores de edad, aquellas que no aceptaran firmar el consentimiento y aquellas con diagnóstico previo de trastornos o patologías mentales que pudiesen afectar la comprensión y expresión de sus experiencias. La unidad de análisis correspondió a cada participante, y el fenómeno de interés se abordó considerando dimensiones relacionadas con estrategias de autocuidado, nivel de conocimiento en salud femenina y sexual, y barreras percibidas de acceso al sistema de salud.

Recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada, compuesta por preguntas abiertas y orientadoras diseñadas para explorar la experiencia femenina desde un enfoque biopsicosocial. El instrumento incluyó preguntas dirigidas a indagar la trayectoria de vida en calle, vivencias vinculadas a la identidad de género en contexto de calle, conocimiento sobre enfermedades prevalentes en salud femenina, experiencias de gestión menstrual, acceso a productos de higiene, participación en programas de atención primaria, conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, además de experiencias negativas asociadas a la menstruación. La guía fue construida para favorecer el relato espontáneo, facilitar la profundización de experiencias y evitar sesgos de interrogación, permitiendo captar narrativas situadas en relación con el cuidado corporal, sexualidad y acceso a servicios.

El procedimiento de reclutamiento se realizó en coordinación con una fundación que brinda apoyo directo a mujeres en situación de calle. El contacto inicial permitió informar a las potenciales participantes sobre los objetivos del estudio, voluntariedad de participación, resguardo de confidencialidad y posibilidades de retiro en cualquier momento sin consecuencias. Las entrevistas se llevaron a cabo en terreno, según las distintas comunas de la Región Metropolitana. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 15 a 30 minutos y fue realizada por el equipo investigador, siguiendo un protocolo orientado a promover una interacción respetuosa, empática y no revictimizante. Previo al inicio de cada entrevista se entregó y explicó el consentimiento informado, asegurando comprensión del proceso y protección bioética.

En relación con la rigurosidad metodológica, se implementaron estrategias orientadas a asegurar credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad de los hallazgos. La credibilidad se fortaleció mediante triangulación de datos, combinando el contenido de las entrevistas con observación persistente del contexto, lo cual permitió una interpretación más coherente y contextualizada de los relatos (Venegas et al., 2025). La transferibilidad se favoreció a través de descripciones detalladas del contexto social, características de las participantes y condiciones del entorno, permitiendo que otros investigadores evalúen la aplicabilidad de los resultados en escenarios similares. La consistencia fue asegurada mediante la documentación sistemática de todas las etapas del estudio, incluyendo decisiones metodológicas y procedimientos analíticos. Finalmente, la confirmabilidad se promovió mediante reflexividad continua por parte del equipo investigador, orientada a identificar y suspender supuestos personales y reducir la influencia de sesgos durante la interpretación.

Análisis de datos

El análisis y procesamiento de los datos siguió un enfoque fenomenológico, iniciando con la transcripción literal de las entrevistas para preservar la integridad del discurso y los significados atribuidos por las participantes. Las entrevistas se numeraron y anonimizaron para mantener la confidencialidad. Posteriormente se realizó una fase de familiarización mediante lectura repetida y reflexiva de los textos, permitiendo un acercamiento progresivo a la profundidad de las vivencias narradas. La codificación se efectuó de manera manual y complementada con el software MAXQDA, lo que facilitó la organización sistemática de unidades de significado. Posteriormente, se realizó un análisis temático siguiendo el método de Braun y Clarke, estructurado en seis etapas: familiarización, generación de códigos, construcción de temas iniciales, revisión y refinamiento temático, definición y denominación de temas, y redacción final (Souza, 2019). Este procedimiento permitió construir una interpretación coherente y analíticamente robusta de los patrones de sentido emergentes en torno a salud femenina, autocuidado y barreras de acceso.

El estudio se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Singapur y a las buenas prácticas en investigación con población en situación de vulnerabilidad. Previo al inicio del trabajo de campo, se solicitaron y obtuvieron las autorizaciones institucionales correspondientes por parte de los directivos del centro y/o fundación colaboradora. Todas las participantes recibieron información clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, otorgando su consentimiento informado de manera voluntaria, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Para resguardar la confidencialidad, los registros fueron anonimizados mediante codificación alfanumérica y se excluyeron datos personales identificatorios, asegurando el almacenamiento seguro y restringido de la información.

Resultados

Participaron diez mujeres en situación de calle residentes en la Región Metropolitana de Chile, específicamente en las comunas de Recoleta, Lo Prado y Renca. Las edades se situaron entre 33 y 50 años y el tiempo de permanencia en situación de calle fue heterogéneo, variando desde 5 meses hasta 24 años, la caracterización de las participantes se observa en la tabla 1. Las entrevistas se realizaron durante el segundo semestre del año 2025 (septiembre, octubre y noviembre). El análisis fenomenológico permitió identificar tres categorías principales vinculadas a los objetivos del estudio: conocimiento sobre salud femenina, autocuidado femenino, y acceso/vinculación con el sistema de salud chileno. A partir de dichas categorías, emergieron subcategorías que reflejan de manera recurrente las vivencias, estrategias y tensiones descritas por las participantes en torno a su salud sexual y femenina en contexto de calle (Tabla 2).

Tabla 1

Caracterización de las participantes

Entrevista	Edad (años)	Comuna	Escolaridad	Estado civil	Tiempo en situación de calle
1	42	Renca	7mo básico	Soltera	7 años
2	42	Renca	4to medio	Soltera	12 años
3	42	Renca	4to medio	Soltera	15 años
4	47	Recoleta	8vo básico	Casada	14 años
5	38	Recoleta	8vo básico	Soltera	24 años
6	33	Recoleta	4to medio	Soltera	10 años
7	47	Recoleta	4to medio	Soltera	10 años
8	45	Recoleta	8vo básico	Soltera	7 años
9	50	Lo prado	4to medio	Soltera	5 meses
10	39	Lo prado	4to medio	Soltera	9 años

Tabla 2

Categorías y sub- categorías del análisis cualitativo

Categoría principal	Subcategorías emergentes	Significado central
Conocimiento sobre salud femenina	Vulnerabilidad; Accesibilidad	Comprensión limitada y situada, mediada por experiencias de violencia, estigma y carencias materiales.
Autocuidado femenino	Dignidad; Autonomía; Resiliencia; Desafíos de ser mujer en calle	Tensión entre deshumanización y resistencia identitaria; estrategias de supervivencia y autocuidado precario.
Acceso y vinculación con sistema de salud	Estigma social; Exclusión social	Experiencias de discriminación y desconfianza institucional que inhiben la búsqueda y continuidad de atención.

En términos generales, los relatos evidenciaron que vivir en situación de calle implica una experiencia cotidiana de exposición, incertidumbre y negociación permanente de las condiciones mínimas de cuidado. Para las participantes, la salud femenina y sexual no aparece como una dimensión separada de la supervivencia, sino como una experiencia corporal atravesada por la falta de recursos, la pérdida de intimidad, el temor a la violencia sexual y la necesidad de adaptarse a espacios percibidos como inseguros. De esta manera, prácticas que habitualmente se asocian con el cuidado, como la higiene, la expresión de la feminidad o la búsqueda de atención sanitaria, adquieren significados particulares cuando se desarrollan en un contexto de exclusión.

Los discursos muestran que el cuerpo femenino es vivido simultáneamente como una dimensión identitaria que se intenta preservar y como una fuente de vulnerabilidad que debe protegerse. Las participantes describieron formas de actuar orientadas a disminuir su exposición, como modificar la apariencia, evitar llamar la atención o recurrir a soluciones improvisadas para responder a necesidades de higiene. Estas prácticas no representan únicamente carencias materiales, sino formas situadas de interpretar el entorno y actuar frente a amenazas que son percibidas como reales y permanentes.

Asimismo, la relación con el sistema de salud fue descrita desde la ambivalencia. Aunque las participantes reconocieron la importancia de acceder a controles, métodos anticonceptivos y prestaciones sanitarias, algunas experiencias de discriminación, vigilancia o trato distante debilitaron la confianza y disminuyeron la disposición a solicitar ayuda. Los resultados se organizaron en tres categorías: conocimiento sobre la salud femenina; autocuidado femenino, dignidad, autonomía y resiliencia; y acceso y vinculación con el sistema de salud chileno.

Categoría I: Conocimiento sobre la salud femenina

El conocimiento sobre la salud femenina emergió como un saber situado, construido principalmente a partir de las experiencias acumuladas durante la vida en calle. Para las participantes, conocer el cuerpo y sus necesidades no se reduce a identificar procesos biológicos, enfermedades o métodos preventivos. Este conocimiento incluye aprender a reconocer amenazas, interpretar los espacios, anticipar riesgos y tomar decisiones destinadas a protegerse. En consecuencia, se trata de un saber práctico, desarrollado en condiciones de inseguridad y orientado prioritariamente a la supervivencia.

Vulnerabilidad

La vulnerabilidad fue experimentada a través de la percepción constante de que el cuerpo femenino puede convertirse en un foco de exposición dentro del espacio público. La noche, la apariencia y la visibilidad de rasgos asociados a la feminidad fueron interpretadas como elementos capaces de incrementar el riesgo de agresión. Una participante señaló: “...yo trato de no parecer mujer para pasar piola [sin llamar la atención]” (Entrevistada 2). Este relato muestra que ocultar o disminuir la expresión de género no constituye únicamente una elección estética, sino una forma de habitar el espacio público buscando reducir la posibilidad de ser identificada como un blanco de violencia.

La necesidad de “no parecer mujer” evidencia una experiencia en la que la feminidad debe ser modulada de acuerdo con las condiciones del entorno. Desde el punto de vista de las participantes, el cuerpo no puede presentarse libremente, pues debe adaptarse a una realidad donde la seguridad depende, en parte, de pasar inadvertida. Esta lectura de la realidad expresa una tensión entre identidad y protección: aquello que forma parte de la manera en que una mujer se reconoce puede, al mismo tiempo, ser percibido como una amenaza para su integridad.

La violencia sexual apareció en los relatos como una posibilidad incorporada a la vida cotidiana y no como un acontecimiento excepcional. Una participante expresó: “...en la calle a veces a uno se la violan...” (Entrevistada 3). La forma directa con que se enuncia esta experiencia refleja la naturalización de un riesgo que forma parte del conocimiento compartido entre las mujeres. Saber sobre salud femenina implica, por tanto, comprender que la exposición sexual puede ocurrir y que deben desarrollarse estrategias para intentar evitarla.

En este contexto, algunas prácticas que podrían interpretarse externamente como descuido fueron comprendidas por las participantes como mecanismos de protección. Una entrevistada señaló: “...me favorece andar hedionda porque la mujer no puede andar muy linda en la calle...” (Entrevistada 5). Mantener una higiene deficiente o evitar verse atractiva adquiere así un significado distinto al que tendría fuera del contexto de calle. No se trata necesariamente de desconocer la importancia de la higiene, sino de priorizar la protección frente a una amenaza inmediata. La falta de aseo se transforma paradójicamente en una estrategia deliberada para disminuir la exposición, aun cuando pueda afectar el bienestar físico, emocional y social.

Estos relatos muestran que el conocimiento sobre la salud femenina está atravesado por una racionalidad de supervivencia. Las decisiones sobre el cuerpo se toman evaluando riesgos y consecuencias dentro de un escenario donde la violencia se percibe como más urgente que la prevención sanitaria. La experiencia de calle obliga a jerarquizar necesidades y, en esa jerarquía, la seguridad inmediata puede imponerse sobre prácticas cultural y sanitariamente consideradas adecuadas.

Accesibilidad

El conocimiento también se construyó a partir de las experiencias de interacción con el sistema de salud. Los encuentros previos con los establecimientos influyeron en la manera en que las participantes comprenden sus derechos, evalúan la posibilidad de solicitar atención y anticipan el trato que podrían recibir. Una entrevistada manifestó: “Cuando voy al consultorio a una la miran como la nada misma” (Entrevistada 3). La expresión “como la nada misma” refleja una vivencia de invisibilización y pérdida de valor personal, en la que la condición de mujer en situación de calle parece anteceder a cualquier necesidad sanitaria.

La percepción de ser ignoradas o desvalorizadas configura un aprendizaje sobre el funcionamiento de las instituciones. Las mujeres no solo adquieren conocimientos relacionados con enfermedades o métodos anticonceptivos, sino también una comprensión práctica acerca de cuáles espacios consideran acogedores, cuáles les generan temor y en cuáles esperan ser juzgadas. Este conocimiento institucional puede condicionar la decisión de acudir nuevamente a un establecimiento, incluso cuando existe una necesidad de salud.

Algunas prácticas sanitarias fueron experimentadas como formas de vigilancia o control más que como acciones de cuidado. Una participante relató que, durante una evaluación, “...tenía que orinar en frente de ellos...” (Entrevistada 1). La ausencia de privacidad en este procedimiento fue vivida como una situación invasiva y humillante. Esta experiencia refuerza una representación del sistema sanitario como un espacio en el que el cuerpo puede ser examinado sin que necesariamente se resguarden la intimidad y la dignidad.

En conjunto, el conocimiento sobre la salud femenina se configuró como un saber funcional y contextualizado. Las participantes conocen los riesgos y algunas medidas de prevención, pero interpretan estos conocimientos desde las posibilidades reales que ofrece su entorno. Saber qué sería recomendable no significa necesariamente poder realizarlo. La falta de espacios, recursos, seguridad y confianza institucional limita la transformación del conocimiento en prácticas de cuidado sostenidas.

Categoría II: Autocuidado femenino: dignidad, autonomía y resiliencia

El autocuidado femenino emergió como una práctica compleja, variable y profundamente condicionada por la vida en calle. Para las participantes, cuidarse no significa únicamente mantener la higiene, prevenir enfermedades o asistir a controles. El autocuidado comprende también protegerse de la violencia, preservar la identidad, sostener límites personales y conservar una percepción de valor propio en un contexto que frecuentemente las deshumaniza.

Las experiencias revelaron una tensión permanente entre lo que las mujeres desean hacer para cuidarse y aquello que las condiciones materiales les permiten realizar. La falta de agua, privacidad, productos menstruales y lugares seguros limita las prácticas de higiene, mientras que el miedo puede obligarlas a modificar la apariencia o restringir expresiones de feminidad. El autocuidado se configura, por tanto, como una negociación entre bienestar, seguridad y supervivencia.

Dignidad

La dignidad apareció como una dimensión amenazada por la mirada social. Una participante señaló: “Igual me da vergüenza que me miren, porque vivo en la calle” (Entrevistada 3). La vergüenza no se relaciona únicamente con las condiciones materiales, sino con la percepción de ser observada desde una identidad desacreditada. La mirada de los demás se experimenta como un recordatorio de la exclusión y afecta la manera en que las participantes se relacionan consigo mismas, con su cuerpo y con los espacios sociales.

No obstante, los relatos también evidenciaron esfuerzos por resistir esa desvalorización. Una entrevistada expresó que “la mujer, aunque viva en la calle no deja de ser femenina... trata de andar bonita” (Entrevistada 5). En este caso, mantener la feminidad adquiere un significado de continuidad identitaria. “Andar bonita” no representa solamente una preocupación estética, sino una manera de afirmar que la situación de calle no elimina la condición de mujer ni el derecho a sentirse bien con la propia apariencia.

Esta afirmación adquiere especial relevancia frente a la necesidad, descrita previamente, de ocultar la feminidad para protegerse. Los relatos muestran así una contradicción vivida: algunas veces verse femenina permite preservar la identidad y la autoestima, mientras que en otras circunstancias puede incrementar la sensación de peligro. Las participantes deben evaluar permanentemente cuándo expresar su feminidad y cuándo ocultarla, lo que convierte el cuerpo en un espacio de negociación entre dignidad y seguridad.

Una entrevistada sintetizó esta resistencia identitaria al afirmar: “A pesar de todo yo me siento digna” (Entrevistada 4). La expresión “a pesar de todo” revela que la dignidad se sostiene en oposición a experiencias que tienden a negarla. No es una condición garantizada por el entorno, sino una convicción que la participante intenta preservar frente al estigma, las carencias y el trato social recibido.

Autonomía

La autonomía corporal se manifestó como una aspiración frecuentemente restringida. Las participantes expresaron conciencia sobre sus necesidades de salud, pero describieron dificultades para decidir y actuar sobre su propio cuerpo. Estas limitaciones fueron especialmente visibles en la gestión menstrual y en el acceso a métodos anticonceptivos.

La menstruación fue relatada como una experiencia que intensifica la precariedad cotidiana. Una participante señaló: “...es difícil en el sentido de hacerse aseo porque una cuando anda con la menstruación deja un mal olor...” (Entrevistada 5). La preocupación por el olor expresa tanto una necesidad física de higiene como el temor

al juicio social. La imposibilidad de asearse adecuadamente aumenta la sensación de exposición y puede profundizar la vergüenza asociada a vivir en un espacio sin privacidad.

Otra entrevistada relató: “...uno se pone lo que encuentre... una polera, una toalla...” (Entrevistada 2). La expresión “lo que encuentre” muestra que la gestión menstrual no se organiza a partir de preferencias o elecciones, sino de la disponibilidad inmediata de materiales. El cuerpo debe adaptarse a los recursos existentes, aunque estos no hayan sido diseñados para absorber el sangrado ni permitan mantener condiciones adecuadas de higiene.

Estas soluciones improvisadas representan formas de autocuidado precario. Las mujeres intentan responder a una necesidad corporal con los medios disponibles, pero las condiciones de exclusión reducen su capacidad de elegir alternativas seguras y dignas. La experiencia menstrual se transforma así en una vivencia de incertidumbre, exposición y pérdida de control sobre el propio cuerpo.

En el ámbito reproductivo, la autonomía también fue percibida como limitada. Una participante manifestó: “Yo quería que me operaran y nunca me operaron” (Entrevistada 10). Este relato expresa frustración ante una decisión reproductiva que no logró materializarse. La reiteración implícita de una solicitud no atendida muestra una distancia entre la voluntad de la mujer y la respuesta institucional, afectando su percepción de control sobre la fertilidad.

Aunque las participantes conocían métodos anticonceptivos, el acceso fue descrito como irregular. Algunas mencionaron que “...existe la T de cobre...” (Entrevistada 3) o que “me pusieron el Implanon, en el consultorio” (Entrevistada 8). Estos relatos demuestran que existe información y, en algunos casos, contacto con prestaciones de salud reproductiva. Sin embargo, la discontinuidad de la atención y las dificultades para mantener controles debilitan la posibilidad de ejercer una autonomía sostenida. La capacidad de decidir no depende únicamente de conocer un método, sino de poder acceder a él, recibir seguimiento y contar con condiciones para mantenerlo.

Resiliencia

La resiliencia emergió como un proceso construido mediante la experiencia. Las participantes no la describieron como una cualidad abstracta, sino como un aprendizaje desarrollado frente a la necesidad de permanecer seguras, establecer límites y continuar viviendo en condiciones adversas. Una entrevistada expresó que “uno aprende... tiene que saber sobrevivir...” (Entrevistada 2). El aprendizaje aparece aquí vinculado a la adaptación: sobrevivir requiere observar, anticipar, seleccionar en quién confiar y reconocer cuándo una situación puede convertirse en una amenaza.

La frase “tiene que saber” también muestra que la supervivencia no es percibida como espontánea. Implica adquirir competencias que no necesariamente fueron elegidas, sino impuestas por la experiencia de vivir en calle. Este saber permite enfrentar riesgos, aunque su existencia también evidencia la falta de protección institucional y social.

Otra participante señaló: “...es complicado ser mujer y vivir en la calle, pero me la gano honradamente...” (Entrevistada 5). En este relato, la afirmación de honestidad funciona como una defensa de la propia identidad frente a los estereotipos asociados a la situación de calle. La participante reconoce la dificultad de su experiencia, pero rechaza ser definida desde categorías sociales negativas. La resiliencia se expresa entonces como preservación moral, autoafirmación y esfuerzo por conservar una imagen positiva de sí misma.

Las redes informales, los límites personales y las estrategias para disminuir riesgos constituyen recursos de supervivencia que permiten a las mujeres mantener cierto grado de control. Sin embargo, estos recursos no eliminan la precariedad ni deben interpretarse como una adaptación plena. La resiliencia convive con el cansancio, el temor y la vulneración, y representa una respuesta activa frente a condiciones que continúan siendo adversas.

Desafíos de ser mujer en situación de calle

Los relatos evidenciaron que ser mujer en situación de calle implica desafíos específicos vinculados con la exposición del cuerpo, la pérdida de intimidad y la amenaza de violencia sexual. La feminidad puede constituir una fuente de identidad y dignidad, pero también un factor que aumenta la percepción de riesgo. Esta dualidad obliga a las participantes a modificar su forma de vestir, su higiene, su apariencia y sus desplazamientos de acuerdo con las circunstancias.

El cuerpo femenino se configura simultáneamente como territorio de vulneración y medio de supervivencia. Las mujeres actúan sobre él para protegerse, ocultarse, mantener límites y conservar la identidad. Por ello, sus prácticas no pueden comprenderse únicamente desde parámetros normativos de autocuidado. Lo que desde una perspectiva externa puede parecer contradictorio adquiere coherencia cuando se interpreta desde el mundo vivido de las participantes y desde las amenazas que ellas reconocen en su entorno.

Categoría III: Acceso y vinculación con el sistema de salud chileno: estigma y exclusión

El acceso al sistema de salud fue experimentado como un proceso condicionado no solo por obstáculos materiales o administrativos, sino también por la expectativa de ser juzgadas. Para algunas participantes, acudir a un establecimiento significa exponerse nuevamente a miradas, preguntas o prácticas que recuerdan su posición de exclusión. En consecuencia, la relación con los servicios se construye desde la cautela y la desconfianza.

Estigma social

El estigma apareció como una etiqueta que antecede al encuentro entre las mujeres y las instituciones. Una participante afirmó: “...cuando las personas viven en la calle no cualquiera confía en ti, piensan que eres lo peor” (Entrevistada 1). La frase “piensan que eres lo peor” refleja la percepción de que la condición de calle anula otras dimensiones de la identidad y convierte a la persona en objeto de sospecha.

Esta experiencia afecta la manera en que las participantes ingresan a los servicios. No acuden únicamente con una necesidad de salud, sino también con la expectativa de tener que demostrar que merecen ser escuchadas. El estigma opera, de este modo, antes, durante y después de la atención: anticipa el rechazo, condiciona la interacción y puede influir en la decisión de volver.

Las experiencias de trato distante o deshumanizante no fueron interpretadas como hechos aislados, sino como parte de una relación social más amplia en la que las mujeres se sienten desacreditadas. La condición de calle aparece como una identidad impuesta que reduce la legitimidad de sus necesidades y limita la construcción de relaciones terapéuticas basadas en la confianza.

Exclusión social

La exclusión fue experimentada como la sensación de no ser considerada una interlocutora válida dentro de las instituciones. Una participante expresó: “...cuando uno va a pedir ayuda a uno no la pescan po [no es tomada en cuenta]” (Entrevistada 3). La expresión “no la pescan” muestra que solicitar ayuda no garantiza ser escuchada ni recibir una respuesta. La exclusión se manifiesta, por tanto, como ausencia de reconocimiento y como imposibilidad de influir en las decisiones relacionadas con el propio cuidado.

La reiteración de experiencias en las que las demandas no fueron atendidas contribuye a la desmotivación y al alejamiento de los servicios. Desde el punto de vista de las participantes, insistir puede resultar emocionalmente desgastante cuando existe la expectativa de ser ignoradas. La evitación de controles no necesariamente expresa

falta de interés por la salud, sino una respuesta a experiencias previas que debilitaron la confianza.

Este proceso genera una relación discontinua y frágil con el sistema sanitario. Las participantes pueden acudir frente a necesidades urgentes, pero encuentran dificultades para sostener controles y establecer vínculos prolongados. La falta de estabilidad territorial, recursos o documentos puede profundizar estas barreras, aunque los relatos muestran que los aspectos relacionales y simbólicos también desempeñan un papel central.

En conjunto, las experiencias revelan que la vinculación con el sistema de salud no depende únicamente de la disponibilidad formal de prestaciones. Para las participantes, acceder implica sentirse reconocidas, tratadas con respeto y consideradas capaces de participar en las decisiones sobre su cuerpo. Cuando estas condiciones no están presentes, la atención sanitaria puede ser interpretada como un espacio de control, juicio o exclusión.

Los resultados muestran que las mujeres en situación de calle desarrollan formas particulares de comprender y cuidar su salud, construidas desde la experiencia corporal de la precariedad. Sus acciones no responden exclusivamente a conocimientos biomédicos, sino a una lectura situada del mundo en la que la seguridad, la dignidad y la supervivencia deben ser negociadas cotidianamente. Desde esta perspectiva, modificar la apariencia, improvisar insumos menstruales, desconfiar de los servicios o preservar determinados límites personales constituyen respuestas comprensibles dentro de las condiciones que enfrentan. La interpretación fenomenológica permite reconocer que estas mujeres no son receptoras pasivas de la exclusión, sino sujetas que atribuyen significado a sus experiencias, toman decisiones dentro de márgenes restringidos y despliegan estrategias para conservar la identidad, la autonomía y la integridad.

Discusión

La presente investigación exploró, desde un enfoque cualitativo fenomenológico, las experiencias y estrategias mediante las cuales mujeres en situación de calle en la Región Metropolitana de Chile enfrentan su salud femenina y sexual. Los hallazgos de este estudio muestran que la salud femenina y sexual de las mujeres en situación de calle se configura dentro de un entramado complejo de precariedad material, desigualdades de género, exposición a distintas formas de violencia, estigmatización y discontinuidad en el acceso a los servicios sanitarios. En este contexto, las dificultades relacionadas con la gestión menstrual, la anticoncepción, el cuidado corporal y la búsqueda de atención de salud pueden interpretarse como problemas aislados ni como consecuencia exclusiva de decisiones individuales. Por el contrario, expresan una forma de inequidad estructural en la que las condiciones sociales de existencia

restringen las posibilidades reales de ejercer el autocuidado, proteger el cuerpo y acceder oportunamente a los derechos sexuales y reproductivos.

La principal contribución de los resultados no radica únicamente en identificar barreras previamente descritas en la literatura, sino en mostrar cómo estas se articulan dentro de la experiencia cotidiana de mujeres que habitan la calle en la Región Metropolitana de Chile. La precariedad menstrual, la violencia sexual, la adaptación de la apariencia corporal, el conocimiento sanitario fragmentado y la desconfianza hacia las instituciones no constituyen dimensiones independientes.

Desde una perspectiva de género e interseccionalidad, los hallazgos evidencian que las experiencias no pueden atribuirse únicamente a decisiones individuales, conocimientos insuficientes o prácticas inadecuadas de autocuidado. Hankivsky et al. (2014) sostienen que las inequidades en salud deben comprenderse a partir de la interacción entre distintas posiciones sociales, relaciones de poder y contextos institucionales, evitando analizar el género, la pobreza y la exclusión de manera aislada. En el ámbito específico de la exclusión habitacional, Hess et al. (2025) identifican que la convergencia de estas desigualdades incrementa la exposición al estigma y la discriminación, dificultando la búsqueda de ayuda y la vinculación sostenida con los servicios. En concordancia, los resultados de este estudio muestran que la pobreza, la violencia sexual, la estigmatización y las barreras institucionales se articulan, restringiendo las posibilidades reales de autonomía, autocuidado y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (Hankivsky et al., 2014; Hess et al., 2025).

Desde esta perspectiva, las categorías de conocimiento sobre salud femenina, autocuidado y vinculación con el sistema sanitario no representan compartimentos completamente separados, sino ámbitos relacionados que expresan diferentes manifestaciones de una misma realidad social y sanitaria. El conocimiento, por ejemplo, se encuentra condicionado por la accesibilidad a información comprensible, recursos materiales, redes de apoyo y oportunidades efectivas para transformar ese saber en prácticas preventivas. Del mismo modo, el autocuidado está limitado por contextos en los que las necesidades inmediatas de seguridad y supervivencia pueden adquirir prioridad frente a la higiene, la prevención de enfermedades o la expresión de la identidad femenina. Finalmente, la vinculación con los servicios depende no solo de la existencia formal de prestaciones, sino también de la confianza institucional y de la posibilidad de recibir una atención respetuosa, continua y libre de discriminación.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la precariedad experimentada en la gestión menstrual. La falta de productos de higiene, agua, privacidad y espacios adecuados obliga a utilizar materiales improvisados y a desarrollar estrategias de resolución inmediata que pueden incrementar el malestar físico, el riesgo sanitario y la sensación de pérdida de dignidad. Más que representar una carencia puntual de insumos, esta experiencia revela que la menstruación puede transformarse en una fuente adicional

de exclusión cuando no existen condiciones mínimas para gestionarla de manera segura. Orsini et al. (2024) describen que las personas que menstrúan en situación de calle enfrentan dificultades para acceder a productos, agua, instalaciones sanitarias y privacidad, lo que las obliga a utilizar materiales improvisados y a priorizar otras necesidades básicas. Estas prácticas no expresan desinterés por el autocuidado, sino respuestas adaptativas frente a condiciones materiales restrictivas. Por su parte, Brito et al. (2025) plantean que la dignidad menstrual debe comprenderse como una cuestión de salud pública y derechos humanos, cuya garantía requiere más que la entrega ocasional de insumos. En concordancia, los resultados del presente estudio muestran que la pobreza menstrual compromete la salud física, el bienestar emocional y la dignidad de las mujeres en situación de calle en Chile. La preocupación por el olor, la falta de intimidad y el uso de materiales inadecuados revelan que la gestión menstrual se encuentra condicionada por barreras estructurales y no únicamente por decisiones individuales (Brito et al., 2025; Orsini et al., 2024).

Esta interpretación permite desplazar la gestión menstrual desde una lectura exclusivamente higiénica o biomédica hacia una comprensión estructural. La imposibilidad de disponer de productos, instalaciones sanitarias y privacidad no depende únicamente de la capacidad personal para organizar el cuidado, sino de la ausencia de respuestas sociales e institucionales suficientemente adaptadas a la vida en calle. Por tanto, entregar insumos puede ser necesario, pero resulta insuficiente cuando no se acompaña de acceso a agua, baños seguros, espacios de privacidad, educación sanitaria contextualizada y continuidad de la atención. En este sentido, las dificultades menstruales observadas representan una expresión concreta de desigualdad de género, porque una necesidad corporal específica queda subordinada a dispositivos asistenciales que con frecuencia no consideran las condiciones particulares de las mujeres sin alojamiento estable.

La tensión entre autocuidado y supervivencia constituye otro eje central de los hallazgos. Algunas participantes describieron modificaciones deliberadas de su apariencia, restricciones en la expresión de la feminidad y abandono de determinadas prácticas de higiene como mecanismos para disminuir la exposición a agresiones. Estas estrategias muestran que, en contextos de violencia persistente, una conducta que desde una perspectiva sanitaria podría interpretarse como ausencia de autocuidado puede adquirir, desde la experiencia de las mujeres, un significado de autoprotección. Gonçalves et al. (2023) han señalado que la exposición cotidiana a violencias sexuales y simbólicas condiciona las formas mediante las cuales las mujeres protegen su cuerpo en la calle. Los resultados obtenidos profundizan esta comprensión al evidenciar que la protección puede implicar decisiones corporalmente perjudiciales, pero estratégicamente orientadas a reducir un peligro percibido como inmediato (Gonçalves et al., 2023).

Por consiguiente, el cuidado del cuerpo debe comprenderse más allá de prácticas individuales de higiene o prevención. En condiciones de exclusión extrema, cuidar el cuerpo también puede significar ocultarlo, modificarlo, establecer límites, evitar determinados espacios o renunciar transitoriamente a expresiones identitarias asociadas a la feminidad. La violencia sexual se relaciona con el conocimiento sobre salud femenina cuando los relatos se refieren al reconocimiento de riesgos, consecuencias sanitarias, derechos o recursos de protección. Sin embargo, adquiere mayor pertinencia dentro del autocuidado cuando se vincula con la protección corporal, la reducción de riesgos, la autonomía y las estrategias de supervivencia. A su vez, cuando las experiencias de violencia generan temor, revictimización o desconfianza hacia las instituciones, se relacionan directamente con el acceso y la vinculación con los servicios sanitarios. Esta lectura transversal permite superar una clasificación rígida de las categorías y comprender que una misma experiencia puede adquirir distintos significados dependiendo del lugar que ocupa en la trayectoria de cada participante.

Los resultados también muestran que el conocimiento básico sobre métodos anticonceptivos y salud sexual no garantiza la adopción sostenida de prácticas preventivas. La brecha identificada no corresponde solamente a una insuficiencia educativa, sino a la distancia existente entre conocer una medida de prevención y disponer de las condiciones necesarias para implementarla. Thompson et al. (2023) identificaron obstáculos que operan en distintos niveles, como dificultades económicas y de transporte, escasa consejería profesional y una débil articulación entre los servicios sanitarios y sociales. Por su parte, Galvin et al. (2022) evidenciaron que la percepción del riesgo de embarazo también influye en las conductas anticonceptivas, pues algunas mujeres en situación de calle consideraban similar su probabilidad de embarazo con o sin anticoncepción, debido a creencias sobre la eficacia de los métodos, su propia fertilidad o la posibilidad de abstinencia. Ambos estudios permiten comprender que la distancia entre conocimiento y práctica anticonceptiva no depende únicamente de la educación sanitaria, sino también de las percepciones construidas y de las oportunidades reales de acceso. En concordancia, las participantes del presente estudio describieron dificultades para acceder regularmente a métodos anticonceptivos, controles preventivos y orientación adaptada a sus condiciones de vida (Galvin et al., 2022; Thompson et al., 2023).

Esta constatación obliga a problematizar las intervenciones centradas predominantemente en la educación sanitaria. La información es indispensable, pero no puede producir por sí sola cambios sostenidos cuando las mujeres deben priorizar alimentación, alojamiento, seguridad o protección frente a la violencia. Plantear el problema únicamente como falta de conocimiento puede responsabilizar implícitamente a las mujeres por prácticas que se encuentran estructuralmente condicionadas. En consecuencia, la educación en salud femenina y sexual debería integrarse con

entrega de insumos, acceso simplificado a métodos anticonceptivos, acompañamiento territorial y mecanismos de seguimiento flexibles que no dependan de la asistencia regular a un establecimiento.

Las experiencias de estigmatización y trato deshumanizante constituyeron otra dimensión decisiva. Sentirse juzgadas, invisibilizadas o tratadas con desconfianza no solo afectó la valoración de la atención recibida, sino que generó evitación y debilitó la continuidad del vínculo con el sistema sanitario. Estos hallazgos sugieren que la accesibilidad no puede evaluarse exclusivamente mediante la existencia de centros, programas o prestaciones. Un servicio puede estar formalmente disponible y, al mismo tiempo, resultar inaccesible cuando las interacciones institucionales reproducen vergüenza, juicio moral o temor a ser discriminadas. En relación con la vinculación con los servicios de salud, los resultados muestran que el estigma y la exclusión habitacional no solo dificultan el acceso inicial, sino que también deterioran la confianza y favorecen el alejamiento progresivo de la atención. Hess et al. (2025) identificaron que la interacción entre género, pobreza, violencia y otras desventajas sociales expone a las mujeres en situación de calle a discriminación y barreras que retrasan o impiden la búsqueda de ayuda. Por su parte, O'Carroll y Wainwright (2021) describieron "conversaciones de exclusión", caracterizadas por desconfianza, culpabilización y respuestas profesionales que pueden desalentar la consulta o llevar a las personas a autoexcluirse de los servicios. Estos antecedentes permiten comprender que el retraimiento observado en las participantes no representa desinterés por su salud, sino una respuesta construida frente a experiencias reiteradas de juicio y falta de reconocimiento. En consecuencia, recuperar la vinculación requiere prácticas respetuosas, sensibles al género y al trauma, capaces de reconstruir la confianza y favorecer la continuidad de la atención (Hess et al., 2025; O'Carroll y Wainwright, 2021).

La contribución de estos resultados consiste en evidenciar cómo las barreras relacionales producen efectos concretos en las trayectorias sanitarias de las mujeres en situación de calle. La desconfianza institucional no corresponde a una disposición previa o irracional, sino a una respuesta construida a partir de experiencias acumuladas de discriminación, invisibilización y falta de reconocimiento.

En este sentido, Kneck et al. (2021) identificaron que los encuentros sanitarios marcados por el control, la desconfianza y el estigma profundizan la exclusión y la pérdida de dignidad, mientras que las interacciones basadas en el respeto y el reconocimiento pueden favorecer experiencias transformadoras de cuidado. Por su parte, Milaney et al. (2020) evidenciaron que las experiencias femeninas de situación de calle se encuentran profundamente vinculadas con la violencia, el trauma y necesidades de salud complejas, lo que exige respuestas diferenciadas, sensibles al género y fundamentadas en la atención informada por el trauma. En concordancia, recuperar el vínculo con los servicios requiere más que ampliar la oferta asistencial: supone

construir relaciones terapéuticas sostenidas, reconocer las experiencias de violencia y evitar prácticas que reproduzcan control, juicio o revictimización. La dignidad, por tanto, no constituye únicamente un principio ético, sino una condición práctica para favorecer el acceso y la continuidad de la atención (Kneck et al., 2021; Milaney et al., 2020).

La falta de adecuación de los programas preventivos a la realidad de la calle también pone de manifiesto una brecha entre la formulación general de las políticas y su capacidad para responder a poblaciones altamente excluidas. La existencia de programas dirigidos a mujeres no garantiza que estos sean accesibles para quienes carecen de domicilio estable, documentos, transporte, redes de apoyo o condiciones para cumplir con citas programadas. Yohannes et al. (2023) han advertido que los marcos sanitarios y de género pueden mantener vacíos operativos cuando no incorporan dispositivos específicos para mujeres sin hogar. En el contexto estudiado, la fragmentación entre salud, protección social y atención de la violencia dificulta la construcción de respuestas continuas, obligando a las mujeres a transitar entre instituciones que atienden de manera separada problemas que en sus experiencias se encuentran profundamente interrelacionados (Yohannes et al., 2023).

La dimensión emocional atravesó las distintas categorías del análisis. El miedo, la incertidumbre, la percepción de amenaza y el desgaste asociado a la supervivencia influyeron en el bienestar, las decisiones corporales y la disposición a buscar atención. Estas experiencias no deberían interpretarse únicamente como problemas individuales de salud mental, pues se producen y mantienen en contextos de inseguridad, violencia y exclusión social. Anderson et al. (2024), en una revisión sistemática de 39 estudios, encontraron evidencia moderada sobre la efectividad de intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental de mujeres en situación de calle, particularmente aquellas de carácter psicoterapéutico, aunque advirtieron una importante heterogeneidad metodológica y la necesidad de comprender mejor la aceptabilidad de estas respuestas para las propias mujeres. Por su parte, Ghelbash et al. (2026), en un estudio cualitativo con mujeres en situación de calle y consumo de sustancias, identificaron que la violencia interpersonal, las relaciones afectivo-sexuales inseguras, la desestructuración familiar y las brechas de apoyo social afectan conjuntamente la salud sexual, reproductiva y mental. Estos antecedentes permiten interpretar los resultados desde una perspectiva integral y respaldan la incorporación de atención emocional, prevención de la violencia y prácticas sensibles al trauma en los programas de salud femenina y sexual (Anderson et al., 2024; Ghelbash et al., 2026).

Junto con las experiencias de vulneración, las participantes manifestaron capacidad de agencia y estrategias de resiliencia orientadas a conservar la identidad, la dignidad y los límites personales. Las redes informales entre mujeres, el aprendizaje de mecanismos para reducir riesgos y la autoafirmación frente al juicio social consti-

tuyen recursos relevantes para comprender cómo se enfrenta la vida en calle. Phipps et al. (2021) plantean que la resiliencia en mujeres sin hogar se desarrolla como un proceso dinámico de supervivencia, búsqueda de ayuda, construcción de vínculos y recuperación de control. Sin embargo, esta capacidad no debe interpretarse como evidencia de una adaptación satisfactoria a la exclusión ni utilizarse para minimizar la responsabilidad institucional. Aunque Mejía-Lancheros et al. (2021) han observado asociaciones entre resiliencia y calidad de vida, la capacidad individual para enfrentar la adversidad no elimina las condiciones que producen daño, violencia y discontinuidad sanitaria (Mejía-Lancheros et al., 2021; Phipps et al., 2021).

En este sentido, el reconocimiento de la resiliencia debe coexistir con una lectura crítica de las estructuras que obligan a desplegarla. Las estrategias de supervivencia revelan recursos personales y colectivos, pero también dan cuenta de la insuficiencia de las redes formales de protección. El apoyo entre pares puede convertirse en un componente valioso de futuras intervenciones, siempre que no sustituya las obligaciones del Estado ni traslade a las propias mujeres la responsabilidad de resolver necesidades sanitarias y de seguridad. Por ello, las políticas de protección deberían reconocer la agencia de las participantes y, simultáneamente, garantizar condiciones materiales, institucionales y jurídicas que reduzcan la exposición a violencia, discriminación y precariedad.

Desde el punto de vista de la salud pública, los resultados respaldan el desarrollo de estrategias territoriales, móviles e intersectoriales que articulen salud sexual y reproductiva, salud mental, protección social y prevención de la violencia. Schnolis et al. (2025) han identificado barreras organizacionales y profesionales que dificultan el apoyo en salud menstrual a personas en situación de calle, lo que plantea la necesidad de protocolos, capacitación y disponibilidad permanente de productos e infraestructura. Del mismo modo, Llobet et al. (2024) muestran que la cobertura formal de los sistemas sanitarios no elimina las barreras producidas por el estigma y el trato diferencial. En consecuencia, las intervenciones deberían aproximarse a los lugares donde se encuentran las mujeres, flexibilizar los mecanismos de atención y favorecer la presencia de profesionales capaces de construir vínculos sostenidos (Llobet et al., 2024; Schnolis et al., 2025).

La formación de los equipos sanitarios resulta especialmente relevante. La atención de mujeres en situación de calle requiere competencias para reconocer los efectos de la violencia de género, el trauma, la pobreza y la exclusión sobre las decisiones sanitarias. Esto implica evitar interpretaciones moralizantes sobre la higiene, la anti-concepción, la asistencia a controles o el cumplimiento de indicaciones. Asimismo, demanda comprender que determinadas conductas aparentemente contradictorias pueden responder a estrategias de seguridad. Una atención humanizada debe reconocer estas racionalidades situadas, fortalecer la autonomía y ofrecer alternativas factibles de acuerdo con las condiciones reales de vida.

El estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. Su diseño cualitativo y fenomenológico no permite realizar generalizaciones estadísticas, dado que los hallazgos representan experiencias situadas de un grupo específico de mujeres de la Región Metropolitana. El acceso a una población expuesta a discriminación y violencia también pudo influir en la composición de la muestra, pues algunas mujeres rechazaron participar por temor o desconfianza. Asimismo, el carácter transversal de las entrevistas impide observar transformaciones longitudinales en las trayectorias de salud, autocuidado y vinculación institucional. Futuras investigaciones podrían examinar estas trayectorias a lo largo del tiempo, incorporar mayor diversidad territorial y evaluar intervenciones móviles, sensibles al trauma y articuladas con redes de protección social.

Pese a estas limitaciones, el estudio aporta una comprensión integrada de la salud femenina y sexual en situación de calle. Los hallazgos permiten sostener que la vulnerabilidad observada no se origina en una supuesta incapacidad individual para cuidarse, sino en la interacción entre condiciones materiales adversas, desigualdades de género, violencia, estigma y respuestas institucionales insuficientemente adaptadas. La incorporación de una perspectiva de género e interseccionalidad permite, además, comprender las relaciones entre las categorías de análisis: el conocimiento se encuentra restringido por las posibilidades reales de actuar; el autocuidado se redefine frente a las exigencias de supervivencia; y el acceso sanitario depende de relaciones institucionales capaces de reconocer la dignidad y la agencia de las mujeres. Abordar estas dimensiones de manera articulada constituye una condición necesaria para avanzar hacia políticas de protección y respuestas sanitarias más equitativas, humanizadas y coherentes con los derechos sexuales y reproductivos.

Conclusión

La presente investigación permitió profundizar en la comprensión de cómo mujeres en situación de calle en la Región Metropolitana de Chile experimentan y enfrentan su salud femenina y sexual en contextos marcados por precariedad material, violencia de género, estigmatización y exclusión institucional. Desde una perspectiva fenomenológica, los hallazgos evidencian que las inequidades en salud no se explican únicamente por la carencia de recursos o servicios, sino por un entramado estructural que limita el ejercicio efectivo del autocuidado, compromete la dignidad y reproduce desigualdades sanitarias persistentes.

En este contexto, la gestión menstrual, el acceso a anticoncepción y la atención en salud femenina y sexual emergen como dimensiones críticas atravesadas por barreras materiales, relacionales y simbólicas. La dificultad para acceder a insumos básicos, la discontinuidad de la atención y las experiencias de trato estigmatizante configuran escenarios en los que el cuidado del cuerpo se transforma en una práctica tensio-

nada entre autocuidado y supervivencia, más que en una elección libre orientada al bienestar. Asimismo, el estudio demuestra que el conocimiento en salud, aunque presente, resulta insuficiente cuando no existen condiciones estructurales que permitan ejercerlo, lo que cuestiona enfoques centrados exclusivamente en educación sanitaria individual.

Los resultados también subrayan el impacto del componente emocional y del trauma en la experiencia de salud, mostrando que el miedo, la inseguridad y la exposición constante a amenazas condicionan tanto la percepción de bienestar como la disposición a vincularse con los servicios sanitarios. En este escenario, las estrategias de resiliencia desplegadas por las mujeres deben comprenderse como respuestas situadas frente a contextos de alta vulneración, evitando interpretaciones que naturalicen la precariedad o desplacen la responsabilidad hacia las propias personas.

Desde una perspectiva ética y de derechos humanos, los hallazgos confirman que las experiencias descritas constituyen expresiones concretas de vulneración del trato digno y de desigualdad sanitaria, tensionando principios fundamentales de justicia y equidad. En consecuencia, el estudio refuerza la necesidad de políticas públicas y respuestas sanitarias específicas para mujeres en situación de calle, que incorporen enfoques de género, derechos y sensibilidad al trauma, y que garanticen provisión sostenida de insumos menstruales, acceso facilitado a métodos anticonceptivos, prevención de violencia y atención continua, respetuosa y culturalmente pertinente.

Finalmente, esta investigación aporta evidencia relevante para la salud pública y las disciplinas de la salud, destacando el rol estratégico de intervenciones comunitarias, territoriales e intersectoriales, así como de profesionales formados para trabajar con poblaciones altamente vulneradas. Avanzar hacia una mayor equidad en salud femenina y sexual requiere no solo ampliar la cobertura de servicios, sino transformar prácticas institucionales, fortalecer la continuidad del cuidado y reconocer la experiencia vivida de las mujeres en situación de calle como un insumo central para el diseño de respuestas sanitarias más justas, integrales y humanizadas.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de los autores

Cristian Lermenda Peña: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, visualización, redacción del borrador original y revisión y edición del manuscrito.

Slomith Muñoz Vargas: Conceptualización, investigación, recolección de datos, análisis formal y revisión y edición del manuscrito.

Valery Meza Rivas: Conceptualización, investigación, recolección de datos, análisis formal y revisión y edición del manuscrito.

Carina Muñoz Lara: Conceptualización, investigación, recolección de datos, análisis formal y revisión y edición del manuscrito.

Jimena Palma Díaz: Conceptualización, investigación, recolección de datos, análisis formal y revisión y edición del manuscrito.

Macarena Seguel Ligena: Conceptualización, investigación, recolección de datos, análisis formal y revisión y edición del manuscrito.

Sobre los autores

CRISTIAN LERMANDA PEÑA es Enfermero, Magister en políticas públicas. Correo electrónico: crlermandap@gmail.com.  <https://orcid.org/0009-0006-8458-0170>

SLOMITH MUÑOZ VARGAS es Licenciada de Enfermería. Correo electrónico: slomith.munoz@edu.udla.cl.  <https://orcid.org/0009-0006-3045-4902>

VALERY MEZA RIVAS es Licenciada de Enfermería. Correo electrónico: valery.meza@edu.udla.cl.  <https://orcid.org/0009-0000-9936-7168>

CARINA MUÑOZ LARA es Licenciada de Enfermería. Correo electrónico: carina.munoz.lara@edu.udla.cl.  <https://orcid.org/0009-0008-0613-070X>

JIMENA PALMA DÍAZ es Licenciada de Enfermería. Correo electrónico: jimena.palma.diaz@edu.udla.cl.  <https://orcid.org/0009-0006-1135-5802>

MACARENA SEGUEL LIGENA es Licenciada de Enfermería. Correo electrónico: macarena.seguel@edu.udla.cl.  <https://orcid.org/0009-0008-6461-8711>

Referencias bibliográficas

- Anderson, J., Trevella, C., y Burn, A. (2024). Interventions to improve the mental health of women experiencing homelessness: A systematic review of the literature. *PLoS ONE*, 19(4), e0297865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297865>.
- Brito, N., Monteiro, B., Porcel, G., Paula, M., Clapis, M., y Silva, M. (2025). Dignidad menstrual de personas en situación de calle: Perspectiva del Consultório na Rua. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* (Online), 17, e13917. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13917>.
- de Maria, A. L., Martinez, R., Otten, E., Schnolis, E., Hrubiak, S., Frank, J., et al. (2024). Menstruating while homeless: Navigating access to products, spaces, and services. *BMC Public Health*, 24, 909. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18379-z>.
- Edwards, W. y Coleman, E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189–195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>.
- Galvin, A., Garg, A., Griner, S., Diener, A., y Thompson, E. (2022). ‘The chances are zero’: A qualitative study on perceived susceptibility to pregnancy among women experiencing homelessness. *Sexual Health*, 19(3), 164–171. <https://doi.org/10.1071/SH21241>.
- Ghelbash, Z., Sharifi, E., y Alavi, M. (2026). Analysis of sexual and reproductive health status in the context of homeless female substance abusers: A qualitative study. *Reproductive Health*, 56(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02177-w>.
- Gonçalves, N., Mendes, L., Carbogim, F., Silva, A., Gozzo, T. y Gomes-Sponholz, F. A. (2023). Sexual assault and vulnerability to sexually transmitted infections among homeless Brazilian women: A cross-sectional qualitative study. *BMC Women's Health*, 23, 561. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02723-3>.
- Grandón, F., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E., Bustos, N. y Saldivia, S. (2018). Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la Región del BíoBío. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(2), 89–99. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272018000200089>.
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., Ferlatte, O., & Clark, N. (2014). An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0119-x>.

- Hess, C., Abdulla, Z., Finzel, L., Semkina, A., Harris, J., Boaz, A. y Manthorpe, J. (2025). A systematic narrative review of the research evidence of the impact of intersectionality on service engagement and help-seeking across different groups of women, trans women, and non-binary individuals experiencing homelessness and housing exclusion. *PLoS ONE*, 20(4), e0321300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321300>.
- Homeless World Cup. (2025). Homelessness statistics. <https://goo.su/c8LUPr>
- Kneck, Å., Mattsson, E., Salzmänn-Erikson, M., & Klarare, A. (2021). “Stripped of dignity”—Women in homelessness and their perspectives of healthcare services: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103974. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103974>.
- Llobet-Estany, M., Serrano-Miguel, M., Muñoz, A. y Boixadós-Porquet, A. (2024). Estigma en personas sin hogar y atención en salud: reflexiones desde un programa Housing First en Barcelona, España. *Salud Colectiva*, 20. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4826>.
- Mejia-Lancheros, C., Woodhall-Melnik, J., Wang, R., Hwang, S., Stergiopoulos, V., y Durbin, A. (2021). Associations of resilience with quality of life levels in adults experiencing homelessness and mental illness: A longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 74. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01713-z>.
- Milaney, K., Williams, N., Lockerbie, S. L., Dutton, D. J., y Hyshka, E. (2020). Recognizing and responding to women experiencing homelessness with gendered and trauma-informed care. *BMC Public Health*, 20, Article 397. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8353-1>.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Informe final: Programas Protege Calle y Apoyo a Personas en Situación de Calle*. Dirección de Presupuestos (DIPRES). https://www.dipres.gob.cl/597/articles-341562_informe_final.pdf.
- O’Carroll, A., & Wainwright, D. (2021). Doctor–patient interactions that exclude patients experiencing homelessness from health services: An ethnographic exploration. *BJGP Open*, 5(3), BJGPO.2021.0031. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0031>.
- OMS. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: An operational approach*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151288>.
- Orsini, G., Tarabay, J., Hardy-Johnson, P., Barker, S., y Greenway, F. (2024). The homeless period: A qualitative evidence synthesis. *Women & Health*, 64(3), 250–260. <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2310716>.
- Ouahid, H., Sebbani, M., Cherkaoui, M., Amine, M., & Adarmouch, L. (2025). The influence of gender norms on women’s sexual and reproductive health outcomes: A systematic review. *BMC Women’s Health*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03768-2>.

- Patel, C., Williams, S., y Tao, G. (2022). Access to healthcare and the utilization of sexually transmitted infections among homeless Medicaid patients 15 to 44 years of age. *Journal of Community Health*, 47(4), 853–861. <https://doi.org/10.1007/s10900-022-01119-y>.
- Phipps, M., Dalton, L., Maxwell, H., y Cleary, M. (2021). A qualitative exploration of women's resilience in the face of homelessness. *Journal of Community Psychology*, 49(5), 1212–1227. <https://doi.org/10.1002/jcop.22574>.
- Salvador, C., Rodríguez, A., Jurado Pérez, M. y Martínez, J. (2025). Hidden homeless: Estudio de las diferencias de género de las personas sin hogar en la ciudad de Almería. *Prisma Social*, (51), 336–357. <https://revistaprismasocial.es/ps/article/view/5926>.
- Servicio Nacional del Consumidor. (2023). *Gestión menstrual población hipervulnerable*. <https://www.sernac.cl/portal/619/w3-article-71585.html>.
- Schnolis, E., Hrubciak, S., Arora, A., Gamaleldin, K., Martinez, R., Cromer, R., Ruiz, Y., Rodriguez, N. y DeMaria, A. L. (2025). Supporting menstrual health in homeless services: Provider-informed strategies for multilevel change. *BMC Health Services Research*, 25, 778. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12932-1>.
- Soto, J. y Vidal, C. (2024). Situación de calle y derechos humanos: Los significados de actores sociales vinculados al Programa Noche Digna en el Gran Concepción. *TS Cuadernos de Trabajo Social*, 28, 1–23. <https://zenodo.org/records/14174054>.
- Souza, L. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>.
- Thompson, E., Galvin, A., Garg, A., Diener, A., Deckard, A., Griner, S., y Kline, N. (2023). A socioecological perspective to contraceptive access for women experiencing homelessness in the United States. *Contraception*, 122, 109991. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.109991>.
- Venegas, V., Esquivel, J., Gonzalez, M., y Altamirano, Y. (2025). Validez y confiabilidad en investigaciones en ciencias sociales y políticas. Análisis comparativo en los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto. *Cuestiones Políticas*, 43(83), 97-121. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17757052>.
- Yohannes, K., Målqvist, M., Bradby, H., Berhane, Y., & Herzig van Wees, S. (2023). Addressing the needs of Ethiopia's street homeless women of reproductive age in the health and social protection policy: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 22, 80. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01874-x>.
- Zabala, J. (2022). Vulnerabilidades y estrategias de supervivencia de mujeres en situación de calle. *CUHSO (Temuco)*, 32(2), 167–194. <https://doi.org/10.7770/cuhso-v32n2-art2524>.

CUHSO

Fundada en 1984, la revista CUHSO es una de las publicaciones periódicas más antiguas en ciencias sociales y humanidades del sur de Chile. Con una periodicidad semestral, recibe todo el año trabajos inéditos de las distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades especializadas en el estudio y comprensión de la diversidad sociocultural, especialmente de las sociedades latinoamericanas y sus tensiones producto de la herencia colonial, la modernidad y la globalización. En este sentido, la revista valora tanto el rigor como la pluralidad teórica, epistemológica y metodológica de los trabajos.

EDITOR

Matthias Gloël

COORDINADOR EDITORIAL

Víctor Navarrete Acuña

CORRECTOR DE ESTILO Y DISEÑADOR

Ediciones Silsag

TRADUCTOR, CORRECTOR LENGUA INGLESA

Mabel Zapata

SITIO WEB

cuhso.uct.cl

E-MAIL

cuhso@uct.cl

LICENCIA DE ESTE ARTÍCULO

Trabajo sujeto a una licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional Creative Commons (CC BY 4.0)