



MÉDICOS DEL MUNDO

PERDER LA CASA HA SIDO MI ENFERMEDAD

LA SALUD DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO

DESDE UN ENFOQUE INTERSECCIONAL



**Gobierno
de Canarias**

Usted es libre de compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra bajo las condiciones siguientes:

- Reconocimiento. Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el/ la autor/a o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).
- No Comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales. *
- Sin Obras Derivadas. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2025, del texto, Natalia Oldano y Daniel Buraschi

© 2025, de la edición, Médicos del Mundo.

Fecha edición: diciembre 2025

Título: “Perder la casa ha sido mi enfermedad”. La salud de las mujeres en situación de sinhogarismo desde un enfoque interseccional.

Autoría: Natalia Oldano y Daniel Buraschi

Equipo de apoyo y de supervisión técnica:

Laura Regina Carbonell Granell

José Antonio Díez

Mónica Estévez Afonso

Inmaculada González Castro

Melisa González Pérez

Cristina Guzmán Pavón

Patricia Ortiz Guzmán

María José Vázquez González

Edición: Médicos del Mundo

Este estudio se ha financiado con la subvención destinada a la realización de programas de interés general para atender fines de interés social, con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias. IRPF 2022. Nombre del proyecto:

Acercamiento y atención sociosanitaria a personas en situación de sinhogarismo, con perspectiva de género y enfoque de derechos y antropológico.

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	9
OBJETIVOS	9
ENFOQUE METODOLÓGICO: GÉNERO, INTERSECCIONALIDAD Y DERECHOS HUMANOS	9
METODOLOGÍA CUANTITATIVA	10
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	11
METODOLOGÍA CUALITATIVA	18
3. ¿CUÁLES SON LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?	21
¿CÓMO PERCIBEN SU ESTADO DE SALUD LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?	23
¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDADES PADECEN LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?	27
¿CUÁL ES EL PERFIL DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO QUE TIENEN PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS?	32
¿QUÉ PROBLEMAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD TIENEN LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?	35
¿QUÉ COBERTURA EXISTE DE LAS NECESIDADES BÁSICAS?	44
4. ¿CUÁLES SON LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN QUE SUFREN LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?	46
¿CÓMO PODEMOS INTERPRETAR LA VIOLENCIA DESDE UN ENFOQUE INTERSECCIONAL?	48
5. ¿QUÉ INFLUENCIA TIENE LA SALUD MENTAL EN EL SINHOGARISMO? ¿QUÉ INFLUENCIA TIENE EL SINHOGARISMO EN LA SALUD MENTAL?	65
¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS QUE AUMENTAN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN LAS MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?	69
RESPUESTAS REPARADORAS PARA LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO	76
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	82
SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS	82
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	86
7. GLOSARIO	93
8. BIBLIOGRAFÍA	98

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a las compañeras de Médicos del Mundo por su compromiso y por la facilidad para el trabajo en equipo durante la realización de este estudio y especialmente a las mujeres que han ofrecido su experiencia y su voz en estos relatos, compartiendo sus historias de vida para enseñarnos que el sinhogarismo es sin dudas, una problemática estructural y social que nos afecta a todas las personas y de una manera particular a las mujeres.



The background of the entire page is a repeating pattern of stylized birds, possibly pigeons, arranged in a grid. The birds are depicted in profile, facing right. The pattern is divided into two vertical sections: the left section has a lighter, muted purple background, and the right section has a darker, deep blue background. A horizontal white band is positioned across the middle of the page, containing the title.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El sinhogarismo es un problema estructural resultado de diversos factores sociales, económicos y políticos. Se trata de una manifestación extremadamente grave de la exclusión social y puede ser considerado un importante determinante social de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones del entorno en el que las personas nacen, viven, aprenden, trabajan y se relacionan, que afectan a una amplia gama de dimensiones de la salud. Estos determinantes incluyen factores económicos, sociales, culturales, políticos y ambientales que influyen en la salud de las personas y las comunidades. Los determinantes sociales de la salud se han convertido en un enfoque clave para abordar las desigualdades en la salud y mejorar la salud de las poblaciones. En el caso específico de las mujeres en situación de sinhogarismo, los determinantes sociales de la salud son aún más complejos y diversos. Según un estudio realizado en Tenerife (Díez et al., 2023) los determinantes sociales que influyen en la salud de las personas sin hogar incluyen la exclusión social, la falta de acceso a servicios básicos como la atención médica, la falta de vivienda, la falta de empleo y la falta de redes de apoyo social. En el caso de las mujeres en situación de sinhogarismo, como subrayan numerosos estudios (Abadía, 2022; Calvo et al., 2020; Díez et al., 2022), estos determinantes se ven agravados por la feminización de la pobreza, las experiencias de discriminación, la violencia de género (Guerrero, 2022), la precariedad de las condiciones de vida y la falta de acceso a servicios de atención sanitaria específicos para mujeres. Como evidencia la estrategia nacional de lucha contra el sinhogarismo (2023-2030) “las mujeres en situación de exclusión residencial extrema presentan necesidades más complejas que los hombres en la misma situación, su trayectoria obedece a menudo a factores diferentes (entre los que tienen mayor peso los de tipo relacional) y que, en general, los recursos para personas sin hogar no están adecuadamente adaptados para dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres sin hogar”.

Además, las mujeres en situación de sinhogarismo cuentan con un problema añadido: su invisibilidad social (se suele considerar que las personas en situación de sinhogarismo son hombres); y su invisibilidad institucional (los recursos y servicios no están pensados

ni adaptados para las mujeres) (Fernández – Rasines y Gámez – Ramos, 2013). En realidad, las mujeres representan una proporción significativa de las personas en situación de exclusión residencial extrema. Según el estudio más reciente publicado por Cáritas Diocesana de Tenerife (2024), durante ese año se contabilizaron 2.838 personas en situación de exclusión residencial extrema, lo que supone un incremento del 27,5% respecto al año anterior. Los cuatro informes publicados hasta la fecha por la entidad (2021–2024) reflejan que, de media, aproximadamente una cuarta parte de las personas en esta situación son mujeres. En concreto, la proporción media registrada en los últimos cuatro años es del 24,5%, es decir, una de cada cuatro personas en exclusión residencial extrema es mujer.

En este contexto, el siguiente informe, resultado de un estudio empírico desarrollado por Mosaico Acción Social y la Red de Acción e Investigación social por encargo y en colaboración con Médicos del Mundo Canarias, tiene el doble fin de visibilizar las consecuencias de la exclusión residencial en la salud de las mujeres en situación de sinhogarismo en Tenerife; y de facilitar una propuesta de acción-intervención sociosanitaria con enfoque de derechos humanos y con una perspectiva de género, adaptada al contexto de la isla de Tenerife.



2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVOS

El estudio tiene como propósito analizar la exclusión residencial de las mujeres en Tenerife desde una perspectiva interseccional de género y de derechos humanos. Busca describir sus condiciones de salud física y mental, examinar las experiencias de violencia y discriminación que atraviesan y evaluar las barreras de acceso al derecho a la salud, incluidas las derivadas de la situación administrativa, la precariedad residencial y la racialización.

El objetivo final es generar conocimiento que permita comprender cómo el sinhogarismo afecta diferencialmente a las mujeres y aportar evidencia para diseñar intervenciones sociosanitarias adecuadas a sus necesidades.

ENFOQUE METODOLÓGICO: GÉNERO, INTERSECCIONALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

El trabajo de investigación se inspira en el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). Se trata de un marco para la investigación y la intervención que se fundamenta en las normas internacionales de derechos humanos y tiene como objetivo la promoción y protección de dichos derechos. Su propósito es analizar las desigualdades arraigadas en la sociedad, con el fin de corregir prácticas discriminatorias y la distribución injusta de poder y riqueza que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo. Esto implica considerar a las personas en situación de sinhogarismo como titulares de derechos, adoptar un enfoque holístico que analice todos los elementos que influyen en el fenómeno e identificar las causas que impiden el acceso a los derechos humanos. Este enfoque busca abordar las desigualdades desde su raíz, promoviendo un análisis integral y la identificación de factores que limitan el ejercicio pleno de los derechos humanos.

Además del Enfoque Basado en Derechos Humanos otro aspecto esencial de la perspectiva metodológica de la investigación es la interseccionalidad: una perspectiva metodológica que busca comprender las experiencias de discriminación y de violencia analizando las categorías de género, raza, clase, orientación sexual, nación, creencias,

entre otras, no de manera aislada, sino a través de sus mutuas interacciones en distintos niveles de análisis y en contextos específicos (Hill Collins y Bilge, 2021). Aplicar este enfoque implica considerar las múltiples dimensiones de la identidad de las personas y cómo estas interactúan para producir experiencias de opresión y/o privilegio. En nuestro caso específico en el estudio de la salud de las mujeres en situación de sinhogarismo, el enfoque interseccional implica considerar las múltiples dimensiones que influyen en sus experiencias, como el género, la edad, la racialización, los procesos migratorios o la discapacidad. Este enfoque permite analizar cómo estas dimensiones se interrelacionan y se combinan para producir desigualdades y discriminaciones específicas que afectan a las mujeres en situación de sinhogarismo.

El diseño de los instrumentos de recogida de datos, el trabajo de campo y el análisis de este estudio se ha desarrollado en colaboración con el Equipo de Médicos del Mundo. Se ha llevado a cabo un estudio con metodología mixta (cuantitativa y cualitativa): por un lado, se ha realizado una encuesta con una muestra representativa del colectivo de mujeres en situación de sinhogarismo en Tenerife; por el otro se han recogido datos cualitativos a través de entrevistas y grupos de discusión. El uso de una metodología mixta ha permitido identificar las necesidades y problemáticas específicas de salud de las mujeres y visibilizar cómo, la exclusión residencial, afecta de manera diferenciada a su salud.

METODOLOGÍA CUANTITATIVA

El **cuestionario** se ha diseñado a partir de algunos estudios previos desarrollados en España sobre las condiciones de salud de las mujeres en situación de sinhogarismo: la encuesta del INE sobre sinhogarismo, estudios de Cáritas Diocesana de Tenerife entre 2020 y 2024 y otros estudios a nivel nacional (Abadía, 2022; Fernández-Rasines y Gámez-Ramos, 2013; Galán Sanantonio et al., 2022; Guerrero, 2022; Guilarte y Maranillo-Castillo, 2022; Matulic et al., 2020; Pardo, Ramírez y Martínez, 2020). El cuestionario estaba conformado por seis bloques:

1. Perfil sociodemográfico.
2. Motivos desencadenantes del sinhogarismo.
3. Condiciones de salud de las mujeres en situación de sinhogarismo.

4. Acceso al derecho a la salud.
5. Experiencias de violencia y discriminación.
6. Impacto del sinhogarismo en la salud, en particular, en la salud mental (incluyendo indicadores de ansiedad crónica y depresión).

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Muestra. El estudio se ha realizado en Tenerife priorizando los municipios de intervención de Médicos del Mundo. El universo poblacional se ha definido a partir del informe diagnóstico de Cáritas Diocesana de Tenerife para el año 2022, según el cual en Tenerife habría unas 458 mujeres en situación de sinhogarismo. El tamaño muestral se ha elegido de forma que, el margen de error en la aproximación a la proporción poblacional no superase el 5% con una probabilidad del 95,5%. Así, con un universo de 458 mujeres, el tamaño de la muestra es de 268 mujeres.

Según la tipología ETHOS, un 16,4% vivía en espacio público sin domicilio (A1), mientras que un 8,6% pernoctaba en albergues, viéndose obligada a pasar el resto del día en la calle (A2). El 24,6% residía en alojamientos de apoyo sin contrato de arrendamiento (B7), y un 17,2% ocupaba viviendas sin título legal (C8). Además, el 8,2% afrontaba una notificación legal de desalojo (C9). Finalmente, la categoría más numerosa —con un 25%— corresponde a mujeres que vivían en estructuras temporales (D11).





Tabla 1. Distribución de la muestra según tipología ETHOS

ETHOS	N	%
A1. Vivir en un espacio público (sin domicilio)	44	16,4%
A2. Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público	23	8,6%
B7. Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)	66	24,6%
C8. Vivir en una vivienda sin título legal	46	17,2%
C9. Notificación legal de abandono de la vivienda	22	8,2%
D11. Vivir en una estructura temporal	67	25,0%
Total	268	100,0%

En cuanto a la edad, la media fue de 44,8 años y la mediana de 46 años, con un rango entre 18 y más de 70 años. La mayor representación correspondió a las mujeres de 46 a 60 años (47,4%), seguidas de las de 31 a 45 años (34%). Las mujeres jóvenes (18–30 años) representaron el 14,6%, y las mayores de 60 años alcanzaron el 4%.

Respecto a la nacionalidad, la mitad de la muestra era española (50%), mientras que el 17,9% tenía nacionalidad de un país de la Unión Europea y el 32,1% procedía de terceros países. Se identificaron 21 nacionalidades distintas, destacando Venezuela (10,3%), Italia (6,7%), Colombia (8,2%) y Cuba (3%). Al considerar el país de nacimiento — indicador más preciso para analizar procesos migratorios— el porcentaje de mujeres inmigrantes ascendió al 56,3%, incrementándose la presencia de mujeres latinoamericanas, especialmente de origen venezolano (12,7%) y colombiano (9,7%). La diversidad geográfica se refleja en que el 43,7% nació en España, el 37% en América Latina, el 17,9% en Europa no española, y solo el 1,9% en África o Asia.

En relación con la situación administrativa, el 20,9% carecía de permiso de residencia, lo que implica barreras significativas en el acceso a derechos básicos. El 11,2% contaba con permiso de residencia, mientras que el 50% disponía de nacionalidad española y un 17,9% de nacionalidad de otro país europeo.

Teniendo en cuenta que estudios previos han evidenciado la importancia de las “categorías raciales” en las experiencias de discriminación (Buraschi, Oldano y Godenau, 2021) y su impacto en la salud (Bee Nchama et al., 2025), el cuestionario diferenciaba también entre mujeres racializadas y no racializadas. Hablamos de personas *racializadas* para referirnos a las personas que reciben un trato discriminatorio en base a la categoría racial que la sociedad les ha asignado. En un sistema social en el cual se atribuyen características diferenciales a las personas según su adscripción a una determinada categoría racial, todas las personas son, en sentido estricto, racializadas. Sin embargo, este término se suele aplicar solamente a las personas cuya adscripción a una categoría racial implica un trato discriminatorio. En este sentido, las personas *blancas* no serían racializadas. En este estudio se hace referencia a la “autocategorización racial”, es decir, cómo una persona se autodefine. Las “categorías raciales” se han establecido a partir de del estudio de Buraschi, Oldano y Godenau (2021). Respecto a esta variable, un 36,2% de las mujeres se autodefinió como racializada: 23,5% como “latinas”, 6,7% como “negras/afro”, 0,7% como “indígenas” y 0,4% como “asiáticas del sur”. El 68,7% se identificó como blanca. Esta distribución permite analizar las desigualdades en salud desde el impacto de la racialización en contextos de exclusión.

En cuanto al nivel educativo, el 42,2% tenía estudios primarios (completos o incompletos), el 27,6% estudios secundarios, el 18,7% formación profesional y el 9,7% estudios universitarios.

En términos territoriales, el 47,8% residía en municipios del sur de Tenerife, el 38,8% en el área metropolitana y el 13,4% en el norte, reproduciendo la distribución insular del *sinhogarismo* detectada en los registros oficiales. Santa Cruz de Tenerife, La Laguna, Arona, Adeje y Granadilla fueron los municipios con mayor frecuencia de casos.

Procedimiento. El trabajo de campo se ha llevado a cabo entre septiembre y diciembre de 2023. El cuestionario se ha suministrado de forma presencial y se ha registrado con el programa informático *Qualtrics*. Para la captación se ha contado con la colaboración del equipo técnico de Médicos del Mundo y con diferentes entidades que trabajan con

mujeres en situación de sinhogarismo en Tenerife, en particular con Cáritas Diocesana de Tenerife que ha aportado 105 encuestas completas¹.

EL
42,2% **TIENE ESTUDIOS PRIMARIOS**
(COMPLETOS O INCOMPLETOS)

SE IDENTIFICÓ COMO RACIALIZADA **EL**
36,2%



¹ El trabajo de campo cuantitativo no hubiese sido posible sin la estrecha colaboración de Cáritas Diocesana Tenerife, en particular de José Antonio Díez que ha colaborado en todas las fases de la investigación

EDAD

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 30 años	39	14,6%
De 31 a 45 años	91	34,0%
De 46 a 60 años	127	47,4%
Más de 60 años	11	4,1%
Total	268	100,0%

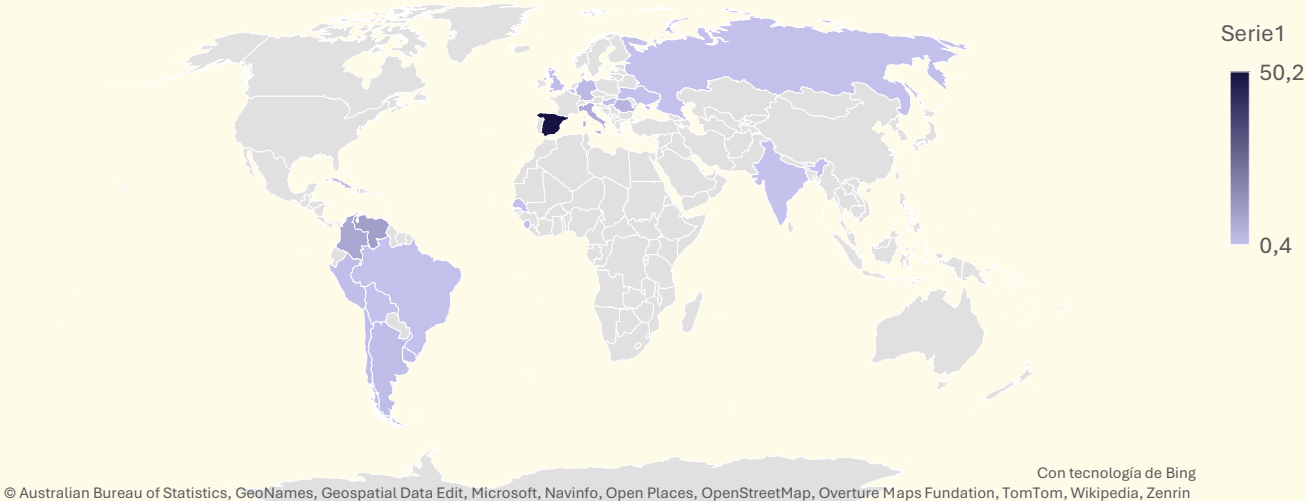
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

Situación administrativa	Frecuencia	Porcentaje
Aún sin permiso de Residencia	56	20,9%
Con permiso de Residencia	30	11,2%
Nacionalidad española	134	50,0%
Nacionalidad de un país de la Unión Europea	48	17,9%
Total	268	100,0%

NACIONALIDAD Y PAÍS DE NACIMIENTO

País	Nacionalidad (%)	País de nacimiento (%)
Alemania	2,6	2,6%
Argentina	1,9	2,2%
Bélgica	0,7	0,7%
Bolivia	0,4	0,7%
Brasil	0,7	0,7%
Chile	1,5	1,5%
Colombia	8,2	9,7%
Cuba	3	4,1%
España	50,2	44,2%
India	0,4	0,4%
Honduras	-	0,4%
Hungría	1,1	1,1%
Italia	6,7	6,7%
Perú	1,5	1,5%
Reino Unido	1,9	1,9%
Rumanía	4,1	4,1%
Rusia	0,7	0,7%
Senegal	1,1	1,1%
Sierra Leona	0,4	0,4%
Ucrania	0,7	0,7%
Uruguay	1,9	1,9%
Venezuela	10,3	12,7%
Total	100	100%

Nacionalidad



AUTOCATEGORIZACIÓN RACIAL

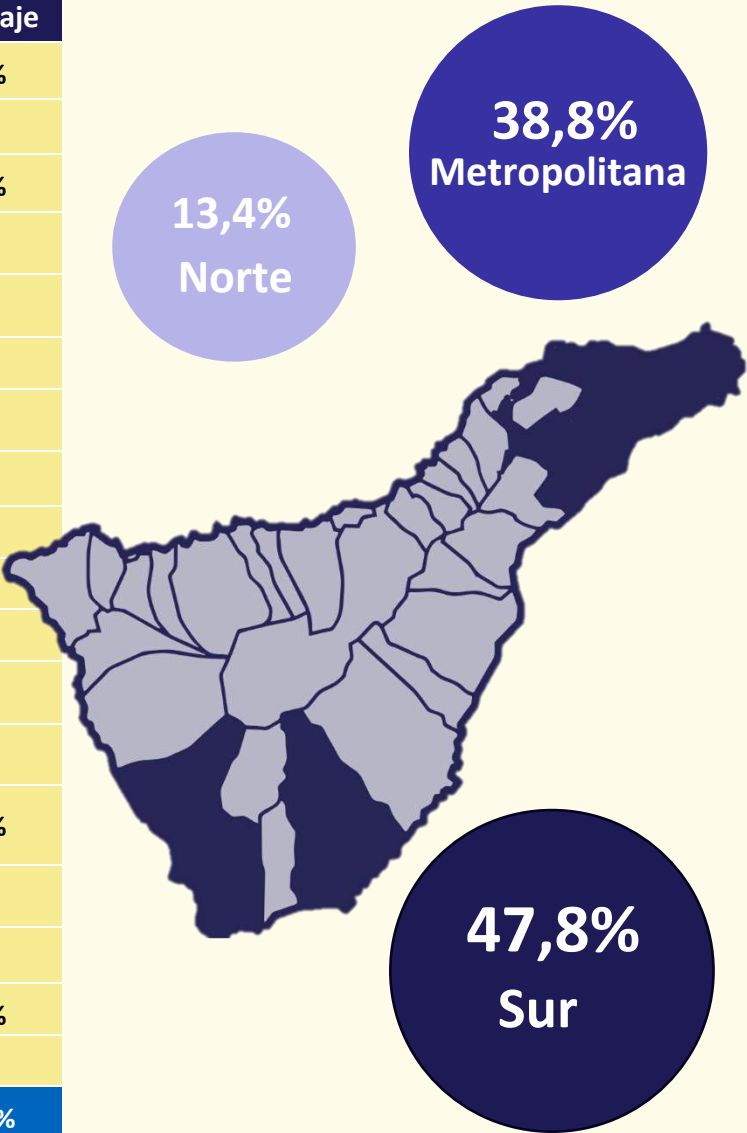
Autocategorización racial	Frecuencia	%
Blanca	184	68,7%
Negro/afro	18	6,7%
Indígena	2	0,7%
Latina	63	23,5%
Asiática del Sur, Hindú, Paquistaní, etc.	1	0,4%
Total	268	100,0%

NIVEL EDUCATIVO

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Estudios primarios incompletos	11	4,1%
Estudios primarios completos	102	38,1%
Estudios secundarios ESO	74	27,6%
Bachillerato	5	1,9%
Formación profesional	50	18,7%
Universitarios	26	9,7%
Total	268	100,0

MUNICIPIOS DE LA MUESTRA

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Adeje	35	13,1%
Arico	4	1,5%
Arona	44	16,4%
Candelaria	4	1,5%
Fasnia	2	0,7%
Garachico	2	0,7%
Granadilla de Abona	26	9,7%
Guímar	6	2,2%
Guía de Isora	3	1,1%
Icod de los Vinos	2	0,7%
La Orotava	5	1,9%
La Victoria de Acentejo	2	0,7%
Puerto de la Cruz	12	4,5%
San Cristóbal de La Laguna	41	15,3%
San Juan de la Rambla	1	0,4%
San Miguel de Abona	4	1,5%
Santa Cruz de Tenerife	63	23,5%
Tacoronte	12	4,5%
Total	268	100,0%



METODOLOGÍA CUALITATIVA

Respecto a los datos cualitativos, se han llevado a cabo diez entrevistas en profundidad y dos grupos de discusión, poniendo el foco en los relatos que plantean las dinámicas interseccionales del sinhogarismo, como condicionante social de la salud.

Para el trabajo de campo, realizamos las entrevistas y los grupos de discusión desde los principios de las prácticas narrativas y dialógicas en la intervención social, buscando un acercamiento respetuoso a las mujeres que participaron en el estudio, apartado de la revictimización y culpabilización, atento a centrarse en la persona como experta de su propia vida. Un principio fundamental de los espacios de diálogo propuestos es ver al problema separado de las personas y reconocer que las mujeres con quienes conversamos tienen habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que, aún en este caso siendo intervenciones puntuales, vinculadas a los objetivos del presente estudio, procuramos siempre poner en valor.

Se realizaron diez entrevistas en profundidad, teniendo en cuenta perfiles muy concretos que ofrecieron testimonio a partir de sus propias vivencias. Así, entrevistamos a mujeres en diferentes situaciones de sinhogarismo.

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión, uno en la zona metropolitana (Santa Cruz de Tenerife) y otro en la zona sur (Granadilla de Abona). En total participaron 22 mujeres (12 mujeres en el primer grupo y 10 en el segundo). De las mujeres que participaron en los grupos, 4 eran nacionales y las demás eran mujeres migrantes racializadas.

Las entrevistas y los grupos de discusión se diseñaron como espacios de diálogo y escucha individuales y colectivos, generando un equipo de trabajo con las técnicas responsables de Médicos del Mundo que, además, jugaron un papel central para trabajar desde la confianza ya que, en muchos de los casos, conocían y/o habían compartido espacios de intervención con las mujeres que participaron en el estudio y que aceptaron colaborar en él por reconocer en la entidad, un lugar seguro y cuidado.



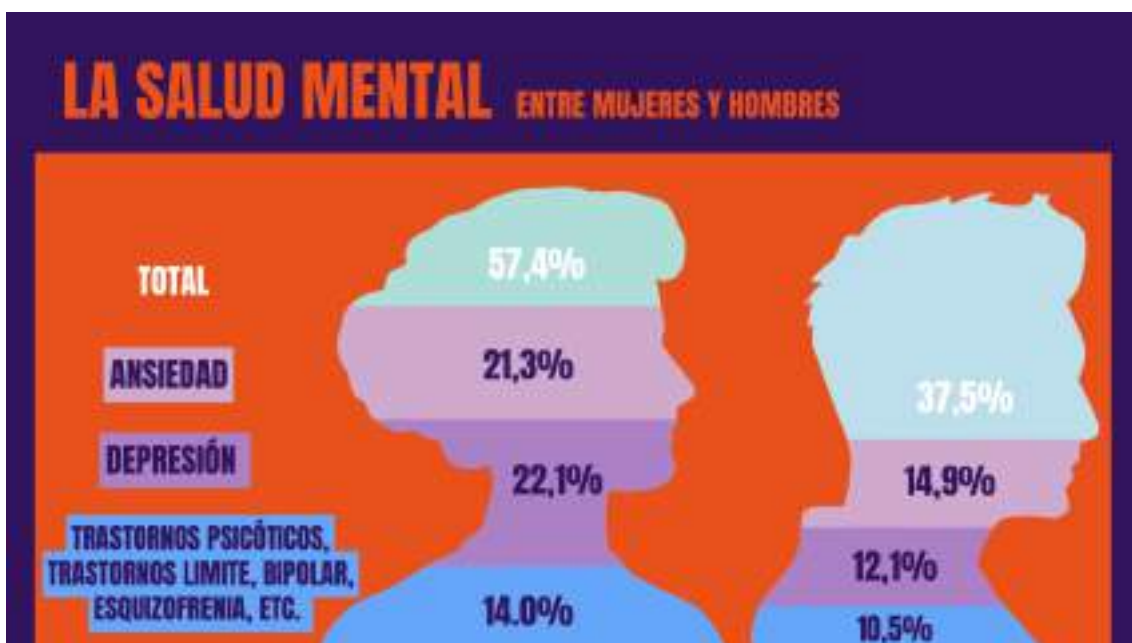
¿CUÁLES SON LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO



3. ¿CUÁLES SON LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?

En este capítulo nos centramos en las condiciones de salud de las mujeres en situación de sinhogarismo, profundizando cuatro aspectos: la auto percepción de su situación de salud, las enfermedades crónicas que padecen, los problemas derivados del consumo de drogas u otras sustancias y los problemas de acceso al derecho a la salud.

El último estudio publicado por Cáritas Diocesana de Tenerife (2023) no evidencia, en general, una diferencia significativa en cuanto a la incidencia de enfermedades y en las condiciones generales de salud entre hombres y mujeres en situación de exclusión residencial Extrema. La salud mental es la principal excepción: las mujeres presentan una incidencia mayor de ansiedad (21,3% frente al 14,9% de los hombres), depresión (22,1% frente al 12,1% de los hombres) y trastornos mentales como los trastornos psicóticos, trastornos límite, bipolar, esquizofrenia, etc. (14,0% frente al 10,5% de los hombres).



Los testimonios de mujeres en situación de sinhogarismo, junto con la experiencia directa de trabajo con este colectivo, evidencian que, en general, ellas intentan evitar en mayor medida que los hombres, llegar a la vida en la calle. Para ello activan

alternativas y recursos, desarrollando estrategias que incluyen la búsqueda de apoyo familiar, de pareja o de amistades. Como señalan Penya i Guilarte y Marañillo-Castillo (2022), “debido a las exigencias de género que les han sido históricamente asignadas, suelen mantener vínculos sociales más sólidos”. Sin embargo, esta mayor capacidad para activar redes de apoyo tiene una dimensión ambivalente —como advierten las autoras—, ya que en muchos casos implica permanecer en situaciones de violencia que deterioran significativamente su salud física y mental.

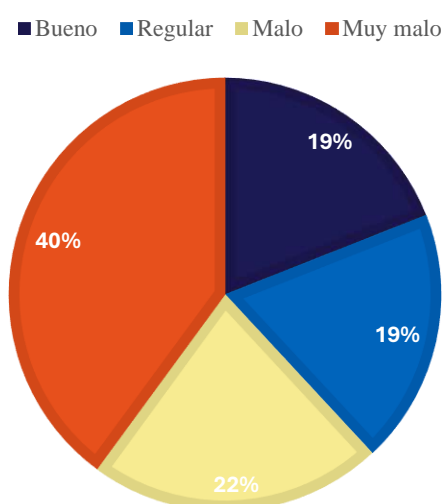
A ello se suma que, dentro de sus itinerarios vitales, muchas mujeres atraviesan experiencias especialmente traumáticas, como la pérdida de la custodia de sus hijos/as por situaciones de desamparo o la desintegración de unidades familiares en las que ellas ejercían el rol principal de cuidadoras. Del mismo modo, es frecuente que provengan de entornos familiares marcados por una alta vulnerabilidad social, incluso antes de llegar a la situación de sinhogarismo en la vida adulta. Por estas razones —y a falta de una investigación más sistemática sobre este aspecto concreto—, podemos plantear la hipótesis de que las mujeres llegan a la situación de calle con un deterioro de salud mayor que el de los hombres.



¿CÓMO PERCIBEN SU ESTADO DE SALUD LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?

Respecto a la percepción del estado de salud, un primer aspecto para destacar es que el 62% de las mujeres encuestadas considera que su estado de salud es malo o muy malo.

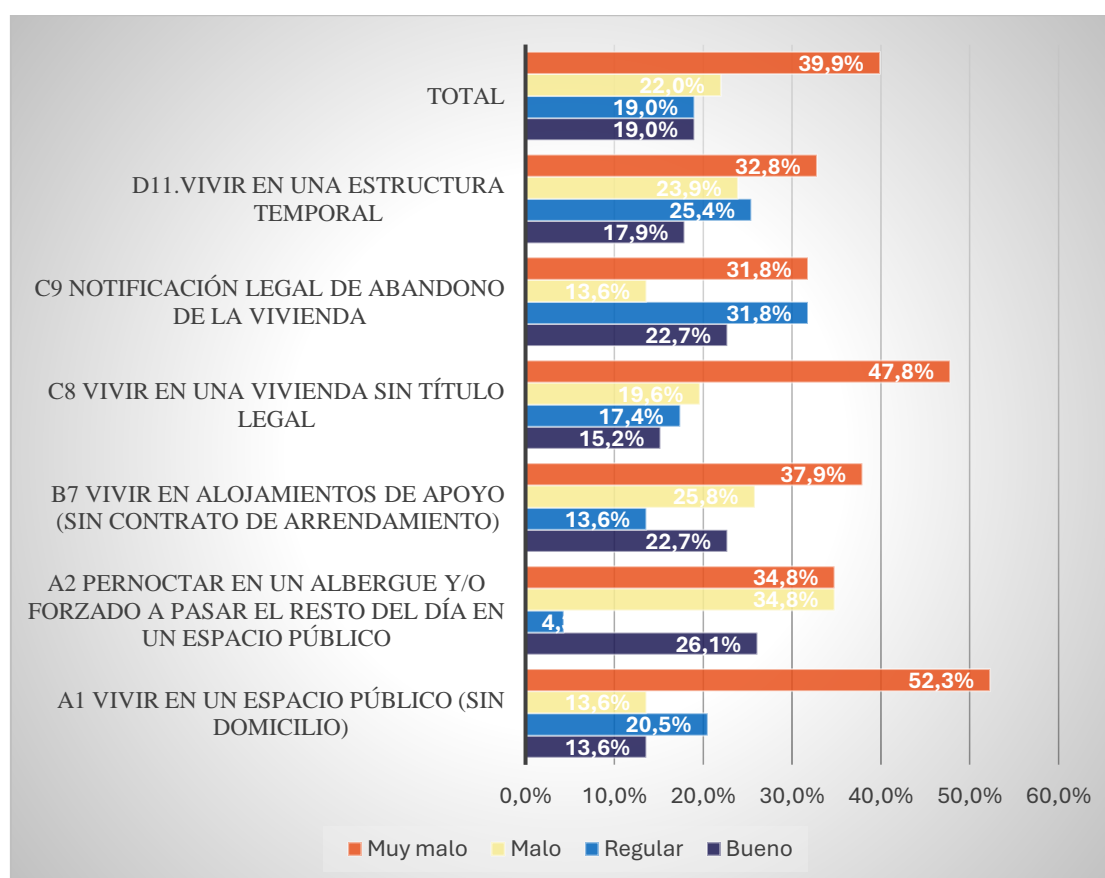
Gráfica 1. Distribución de la respuesta a la pregunta “Actualmente cómo valora su estado de salud”



Al focalizar la atención en las respuestas “malo” y “muy malo”, se observan patrones claros que evidencian la estrecha relación entre inseguridad residencial y deterioro percibido de la salud. Destaca especialmente el caso de las mujeres que pernoctan en un albergue o se ven forzadas a permanecer el resto del día en espacios públicos (A2), entre quienes la proporción de valoraciones negativas alcanza el 69,6%, lo que sugiere una combinación de factores estresores intensos —falta de privacidad, exposición continuada al riesgo, interrupciones del descanso— que afectan de forma directa al bienestar físico y emocional. Asimismo, las mujeres que viven en viviendas sin título legal (C8) presentan un 67,4% de valoraciones negativas, situándose también entre los grupos con peor percepción de salud. Esta tendencia pone de manifiesto que, aun disponiendo de un espacio cubierto, la ausencia de estabilidad jurídica, el temor constante a un posible desalojo y las deficientes condiciones materiales generan un efecto perjudicial en su salud. Las mujeres que viven en espacios públicos sin domicilio (A1) muestran igualmente un porcentaje muy elevado de respuestas “malo” o “muy malo”, lo que

resulta coherente con la exposición directa a condiciones extremas de vulnerabilidad. Las formas más extremas de exclusión residencial se asocian sistemáticamente con una peor percepción de salud, subrayando el papel crítico que juega la vivienda como determinante social fundamental en la salud de las mujeres en situación de sinhogarismo. A ello se suma la carga constante de inseguridad y estrés derivada de tener que desplegar de forma permanente estrategias para evitar la violencia en sus múltiples manifestaciones, lo que profundiza aún más el deterioro de su bienestar físico y emocional.

Gráfica 2. Proporción de mujeres que consideran que su estado de salud es malo o muy malo según ETHOS



La gráfica evidencia que una proporción muy elevada de mujeres en situación de sinhogarismo valora su estado de salud como malo o muy malo, con variaciones significativas según la tipología ETHOS. Los porcentajes más altos se registran entre quienes viven en un espacio público sin domicilio (A1), así como entre aquellas que pernoctan en albergues o se ven forzadas a pasar el resto del día en la calle (A2). Estas

categorías representan las situaciones de mayor precariedad y exposición a riesgos, lo que se traduce en una percepción extremadamente negativa de la propia salud. Resulta consistente con la literatura científica en salud pública, que señala que la falta de resguardo, el sueño fragmentado, la inseguridad física y la dificultad de acceder a atención sanitaria provocan un deterioro acelerado de la salud percibida.

Asimismo, los elevados porcentajes observados entre mujeres que viven en viviendas sin título legal (C8) o en alojamientos inseguros o inadecuados (D11) indican que disponer de un espacio físico no es sinónimo de bienestar. La incertidumbre residencial, la amenaza de desalojo, las condiciones deficientes de habitabilidad y la ausencia de privacidad afectan de manera directa al bienestar físico y emocional, erosionando la sensación de salud. Incluso en los alojamientos de apoyo (B7), donde teóricamente se dispone de mayor cobertura, la percepción negativa de salud sigue siendo notable, reflejando que la mera provisión de un recurso temporal no compensa el impacto acumulado de años de vulnerabilidad, violencias y precariedad.

Cuando se pregunta a las mujeres si consideran que su estado de salud ha empeorado desde que están en esta situación, podemos ver que casi ocho sobre diez consideran que sí. El empeoramiento percibido del estado de salud es particularmente alto entre las mujeres que viven en una vivienda sin título legal llegando casi al 90%.

Tabla 2. Percepción del empeoramiento del estado de salud según ETHOS

Categoría ETHOS	Porcentaje
A1 Vivir en un espacio público (sin domicilio)	79,5%
A2 Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público	78,3%
B7 Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)	80,3%
C8 Vivir en una vivienda sin título legal	88,9%
C9 Notificación legal de abandono de la vivienda	63,6%
D11. Vivir en una estructura temporal	70,1%
Total	77,5%

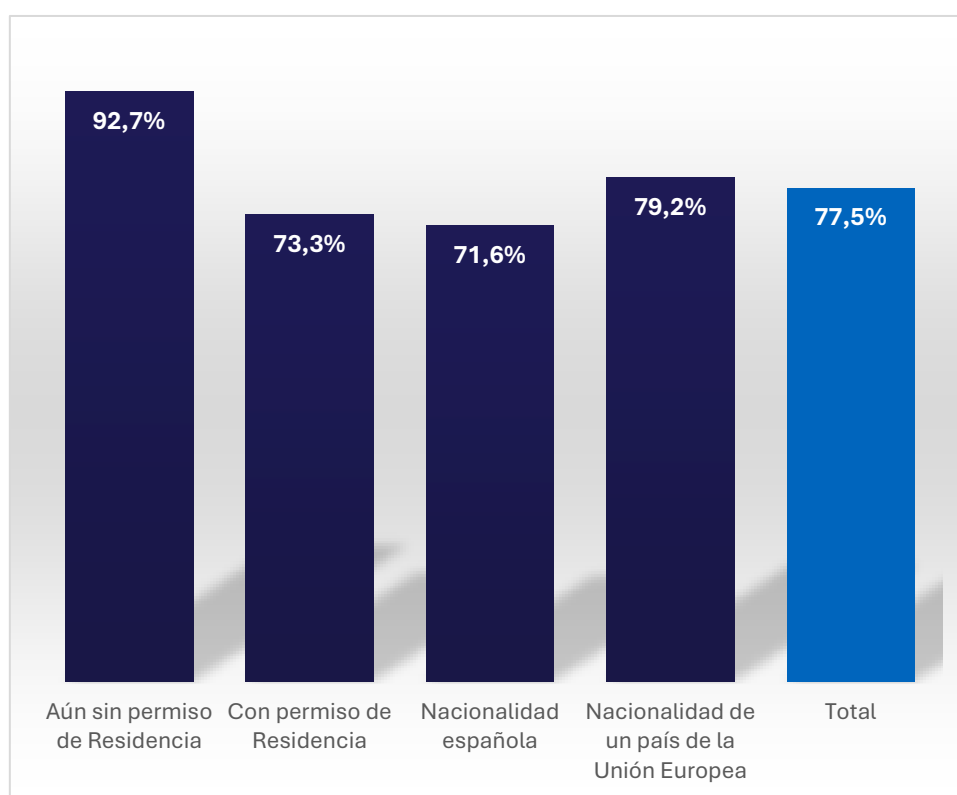
Así, una de las mujeres entrevistadas en este estudio que actualmente vive en una estructura temporal, expresa con claridad:



“Yo de salud fatal. Tengo una hartada de pastillas que tengo que tomar a diario que no sabes. Estoy con psicólogo y psiquiatra. Esto tengo que agradecerse a mi antigua pareja. Sin vergüenza. Estoy fatal, fatal. Al menos, tengo como conseguir los medicamentos, no los pago”. (ME07)

El porcentaje de mujeres que considera que su estado de salud ha empeorado es particularmente alto entre las mujeres en situación administrativa irregular (92,7%).

Gráfica 3. Percepción del empeoramiento del estado de salud según situación administrativa



Como veremos a lo largo del informe, la irregularidad administrativa es un factor que influye fuertemente en el estado de salud de las mujeres por una triple vía: dificultades de acceso al sistema sanitario, empeoramiento general de las condiciones de vida e intensas situaciones de estrés que afectan directamente a la salud mental. La mayor incidencia de la percepción del empeoramiento del estado de salud entre las mujeres en situación administrativa irregular se puede interpretar en el marco del “síndrome de deportabilidad” (Buraschi y Aguilar, 2021). La deportabilidad constituye un estado permanente de vulnerabilidad en el que la amenaza de expulsión —aunque no se

materialice— opera como un mecanismo de control que atraviesa la vida cotidiana de las personas migrantes. Esta amenaza constante genera un “campo de inseguridad” que se encarna en el cuerpo y la salud de las mujeres en forma de síntomas emocionales, físicos y conductuales asociados al denominado síndrome de deportabilidad que se manifiesta a través de ansiedad, estrés crónico, trastornos del sueño, agotamiento, somatizaciones y una sensación persistente de miedo o de pérdida inminente del proyecto vital. Estos efectos aparecen no solo en mujeres en situación administrativa irregular, sino también en aquellas que, aun contando con permiso de residencia o nacionalidad, arrastran secuelas de etapas previas de irregularidad o siguen expuestas a prácticas de racismo institucional.

¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDADES PADECEN LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?

Respecto a las enfermedades que las mujeres en situación de sinhogarismo declaran padecer, hay que destacar que el 57,1% de las encuestadas declara tener alguna enfermedad que considera como crónica (más allá que haya o no un diagnóstico oficial). Las enfermedades más frecuentes son las articulares o musculares y la ansiedad crónica.

Tabla 3. Distribución de las enfermedades crónicas más frecuentes

Tipo de enfermedad	Porcentaje
Articulares o musculares	23,9
Ansiedad crónica	21,6
Depresión crónica	8,2
Enfermedades cardíacas	7,1
Cáncer	6,3
Trastornos mentales	4,5
Infecciones de urina	4,1
Diabetes	3,7
VIH	3,4
Otras	3,4

A partir de las conversaciones mantenidas con las mujeres que participaron en el estudio, encontramos que en muchos casos las enfermedades articulares o musculares

están estrechamente vinculadas al esfuerzo físico que significa cargar sus propias pertenencias de un sitio a otro y también a las condiciones laborales especialmente, en los casos de aquellas mujeres que trabajan realizando esfuerzos físicos, como pueden ser las mujeres que trabajan en el ámbito del empleo de hogar y limpieza. Así, una de las mujeres entrevistadas nos decía:



*“Yo todavía tengo las secuelas del covid y lo siento en el cuerpo y además yo estuve trabajando por horas limpiando, pero resulta que el problema que tengo en la columna no me deja. Porque me da un dolor que yo pensaba que era el nervio ciático y el médico que me vio, me dijo que posiblemente era una hernia, entonces tengo que esperar para que me vea el traumatólogo. Aparte de eso tengo este dedo que no lo puedo doblar. Aquí tengo ahorita esto que lo inmoviliza porque estaba fregando y si no me pongo esto, no puedo. El dedo índice baja pero no me sube y ahora el dedo anular también se me está afectando porque no guardo el reposo suficiente, porque me tengo que quitar el inmovilizador para poder fregar y cocinar claro, entonces, o sea, yo vengo dispuesta a “echarle pichón”, pero también aquí no es nada fácil. Yo no me estoy quejando de España no, yo me quejo de la gente que se aprovecha de la necesidad de uno porque yo no le puedo decir el al dueño de la habitación donde estoy ahora: “mira no tengo hoy para pagarte”, porque tengo que sacar mis cosas y ¿a dónde me voy?”.
(ME06)*

Es importante tener en cuenta que cruzando la variable “enfermedad crónica” con los perfiles sociodemográficos, existen algunas diferencias significativas que es necesario destacar. Como podemos apreciar el tipo de situación de sinhogarismo es una variable significativa a la hora de comprender las diferencias de incidencia de ciertas enfermedades. Las mujeres que viven en espacios públicos o estructuras temporales, refieren tener, en mayor proporción respecto al resto de las mujeres, ansiedad y depresión crónicas. En el caso de las mujeres sin domicilio es más alta la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Entre las mujeres que viven en alojamiento de apoyo existe una mayor incidencia de ansiedad crónica y cáncer, mientras que las enfermedades crónicas más frecuente entre las mujeres que tienen una notificación legal de abandono de la vivienda son las cardíacas.

Tabla 4. Distribución de las principales enfermedades según tipología ETHOS

Tipología ETHOS	Enfermedades cardíacas	Ansiedad crónica	Depresión crónica	Cáncer	VIH
A1 Vivir en un espacio público (sin domicilio)	0%	52,3%	15,9%	2,3%	11,4%
A2 Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público	0%	43,5%	17,4%	8,7%	8,7%
B7 Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)	12,1%	21,2%	12,1%	15,2%	1,5%
C8 Vivir en una vivienda sin título legal	10,9%	10,9%	2,2%	4,3%	0%
C9 Notificación legal de abandono de la vivienda	22,7%	4,5%		4,5%	0%
D11. Vivir en una estructura temporal	1,5%	7,5%	3,0%	1,5%	1,5%
Media Total	7,1%	21,6%	8,2%	6,3%	3,4%

En los perfiles que viven en alojamientos de apoyo (B7) aparecen otras problemáticas relevantes: aunque cuentan con cierta cobertura residencial, la proporción de ansiedad y depresión sigue siendo alta, y destaca además un porcentaje llamativo de cáncer, posiblemente vinculado a un mayor envejecimiento del grupo, a trayectorias de vida marcadas por la precariedad y a diagnósticos que emergen una vez acceden a atención sanitaria más estable. Por otro lado, las mujeres que residen en viviendas sin título legal (C8) o con notificación de abandono (C9) muestran perfiles distintos: en estas aparece una mayor presencia de enfermedades cardíacas, relacionadas tanto con el estrés mantenido ante la amenaza de pérdida de vivienda como con las malas condiciones materiales del alojamiento. Finalmente, quienes viven en estructuras temporales (D11) presentan menores porcentajes en algunas patologías, aunque con presencia significativa de ansiedad y depresión, reflejando que la precariedad habitacional, aun cuando ofrece un espacio propio, no elimina la carga emocional asociada a la inestabilidad y al aislamiento.

En uno de los grupos de discusión, una compañera relata su situación mostrando, además, la dificultad de acceso al sistema de salud y la distancia que existe entre su necesidad de atención y los tiempos y mecanismos de respuesta de la administración.

“Tengo cáncer en la tiroides, tengo dos cirugías hechas. Tengo que hacer seguimiento de por vida. Parece que volvió a salir. Me tienen en la espera porque hubo controversia entre el endocrino y la radióloga. El endocrino dice que volvió a salir, la radióloga dice que cree que no. Ella se fue de vacaciones, la primera vez que me atendió, me atendió de mala gana. En la Candelaria me atendieron de una forma muy déspota. Y esta es la hora que me tienen en ascuas para ver qué decisión tomamos. Me han dado tres números para llamar a la Candelaria y me dicen que esos números no están disponibles”. (GD2-01)

La edad es otra variable sociodemográfica que está relacionada con enfermedades crónicas, en general el 72,7% de las mujeres mayores de 60 años tiene alguna enfermedad crónica, aunque la enfermedad que específicamente es más frecuente entre las mujeres de esta edad, comparada con el resto de los grupos de edad es la infección por VIH que afecta al 27,3%, mientras que no llega al 4% en el resto de los grupos de edad.

En uno de los grupos de discusión, una de las mujeres, migrante, racializada y en situación administrativa irregular, nos relataba su historia, en la que se cruza su estado de salud en el marco de la incertidumbre del propio diagnóstico, con la pérdida y el duelo:

“Llegue hace seis años y tuve suerte que me trataron bien apenas llegué porque tuve un principio de ictus. De eso me quedó una pequeña secuela en el cerebro. No es nada grave pero vivo todo el tiempo con un mareo que parezco borracha todo el día. Tengo que tomar medicina para dormir porque si no, no duermo, vivo mareada todo el tiempo. Mi vitamina D está por el suelo y no sé el motivo. Llevo 6 años que no veo a mi hijo que quedó en Venezuela y para mi es demasiado. Se murió mi esposo. La familia en lugar de crecer se fue acortando”. (GR1-M09)

EL 72,7% DE LAS MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS

TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Gráfica 4. Distribución por edad de las mujeres en situación de sinhogarismo que reportan tener alguna enfermedad crónica

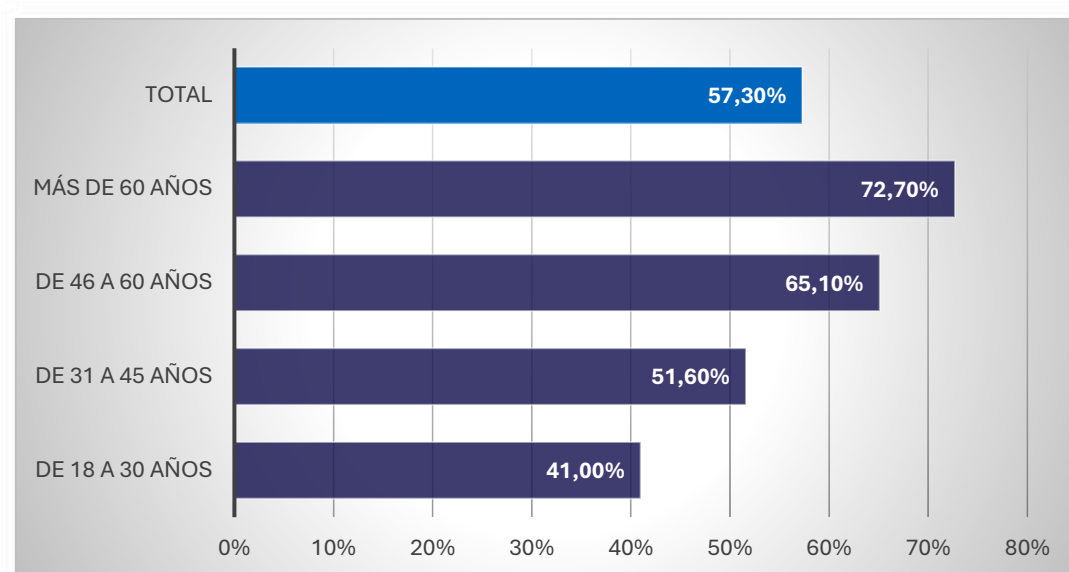


Tabla 5. Proporción de mujeres que sufren una infección por VIH según grupo de edad

Grupo de edad	Infección por VIH
De 18 a 30 años	0%
De 31 a 45 años	1,1%
De 46 a 60 años	3,9%
Más de 60 años	27,3%
Media total	3,4%

La tabla muestra la distribución de la infección por VIH entre las mujeres según grupo de edad y revela un patrón especialmente preocupante: aunque la prevalencia es baja o prácticamente inexistente en los grupos más jóvenes, alcanza un 27,3% entre las mujeres mayores de 60 años. Se trata de un valor excepcionalmente elevado que exige una lectura específica desde la salud pública y la epidemiología social. Este resultado no sólo apunta a una acumulación histórica de factores de riesgo, sino también a trayectorias vitales atravesadas por la precariedad, la violencia, el acceso limitado a un diagnóstico temprano y la ausencia continuada de una atención sanitaria adecuada.

Además, este dato invita a considerar un aspecto poco visible en el debate público: el síndrome de fragilidad asociado al VIH en personas mayores de 50 años. Aunque suele

asumirse que los tratamientos antirretrovirales permiten llevar una vida prácticamente normal, la evidencia científica muestra que muchas personas experimentan un deterioro funcional y cognitivo añadido, directamente relacionado con el envejecimiento prematuro que acompaña a la infección crónica. En mujeres que viven en contextos de sinhogarismo —donde confluyen múltiples vulnerabilidades y determinantes sociales de la salud especialmente adversos— estos efectos se intensifican, incrementando de forma significativa su fragilidad, su dependencia y su riesgo de exclusión sanitaria.

Respecto a la discapacidad, hay que destacar que los datos de la encuesta pueden subestimar la realidad, puesto que se han registrado solamente a las mujeres con una discapacidad reconocida, siendo las mujeres con discapacidad física el 14,2% y con discapacidad intelectual el 13,4%. No existen diferencias según grupo de edad, tipología ETHOS y otras variables sociodemográficas respecto a la distribución de la discapacidad.

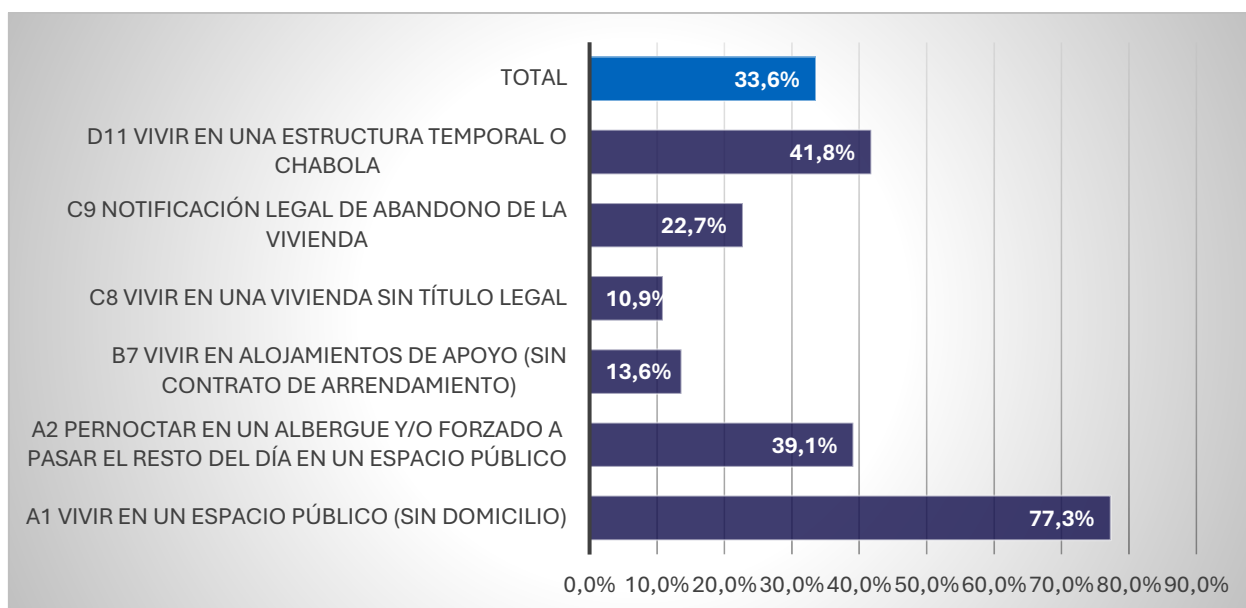


¿CUÁL ES EL PERFIL DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO QUE CONSUMEN DROGAS U OTRAS SUSTANCIAS?

Respecto al consumo de drogas u otras sustancias, hay que destacar que el 33,6% de las mujeres encuestadas consume algún tipo de sustancia (no se contabiliza el tabaco).

La variable que mayormente predice los problemas de consumo es el tipo de sinhogarismo, siendo las mujeres que viven en situación de calle las que presentan una mayor proporción de personas con problemas de consumo (77,3%).

Gráfica 5. Distribución de mujeres que tienen algún tipo de consumo de sustancia según tipología ETHOS



Las sustancias que se consumen con más frecuencia son el alcohol (17,2%), Cannabis (16,8%) y opiáceos, benzodiacepinas, etc. (10,8%).

Tabla 6. Frecuencia de consumo de sustancias

Tipo de sustancia	Porcentaje
Alcohol	17,2%
Cannabis	16,8%
Opiáceos, benzodiacepinas, etc.	10,8%
Cocaína	5,2%
Consumo problemático sin sustancias	0,4%
Otras	0,4%

Hay que destacar que el 14,5% de las mujeres encuestadas consumen más de una sustancia, sobre todo, alcohol con opiáceos u alcohol con estimulantes.

Tabla 7. Distribución del consumo de sustancias según grupo de edad

Grupos de edad	Alcohol	Cocaína	Opiáceos, benzodiacepinas, etc.	Cannabis
18–30 años	10,9%	7,1%	10,3%	15,6%
31–45 años	28,3%	42,9%	20,7%	24,4%
46–60 años	60,9%	50,0%	58,6%	55,6%
>60 años	0%	0%	10,3%	4,4%

El análisis del consumo de sustancias entre las mujeres en situación de sinhogarismo muestra un patrón claro: la mayoría de los consumos se concentran en el grupo de 46 a 60 años, independientemente del tipo de droga. Este dato sugiere trayectorias de exclusión más prolongadas y procesos de deterioro acumulado.

En el caso del alcohol, el 60,9% corresponde a mujeres de 46–60 años, seguido del 28,3% entre 31–45 años. Una distribución similar se observa en el consumo de cocaína, con un 50% en el tramo de 46–60 años y un 42,9% en 31–45 años.

El consumo de opiáceos y benzodiacepinas presenta mayor diversidad: aunque el 58,6% se concentra también en mujeres de 46–60 años, destaca la presencia de un 10,3% en mayores de 60 años, lo que apunta a procesos de medicalización prolongada y dependencia iatrogénica en contextos de vulnerabilidad. En relación con el cannabis, el 55,6% se localiza en el grupo de 46–60 años, con una menor representación en jóvenes y mayores.

Las mujeres que viven en un espacio público y las que viven en estructuras temporales son las que consumen en mayor medida sustancias como alcohol, opiáceos y cannabis.

Tabla 8. Distribución del consumo de sustancias según tipología ETHOS

Tipología ETHOS	Alcohol	Cocaína	Opiáceos, benzodiacepinas, etc.	Cannabis
A1 Vivir en un espacio público (sin domicilio)	31,8%	20,5%	31,8%	45,5%
A2 Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público	17,4%	4,3%	13,0%	8,7%
B7 Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)	6,1%	0%	3,0%	7,6%
C8 Vivir en una vivienda sin título legal	8,7%	6,5%	0%	2,2%
C9 Notificación legal de abandono de la vivienda	9,1%	4,5%	0%	4,5%
D11 Vivir en una estructura temporal	19,4%		14,9%	23,9%
Total	15,3%	5,2%	10,8%	16,8%

¿QUÉ PROBLEMAS DE ACCESO AL DERECHO A LA SALUD TIENEN LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?

Si bien el acceso a la salud es un tema amplio y complejo, en la encuesta se ha centrado la atención en cuatro aspectos particularmente importantes y fácilmente medibles: no disponer de tarjeta sanitaria; haber tenido dificultades para tramitarla; haber tenido dificultades para ser atendida en un centro de salud u hospitalario; no tener acceso a medicamentos prescritos y materiales para curas.

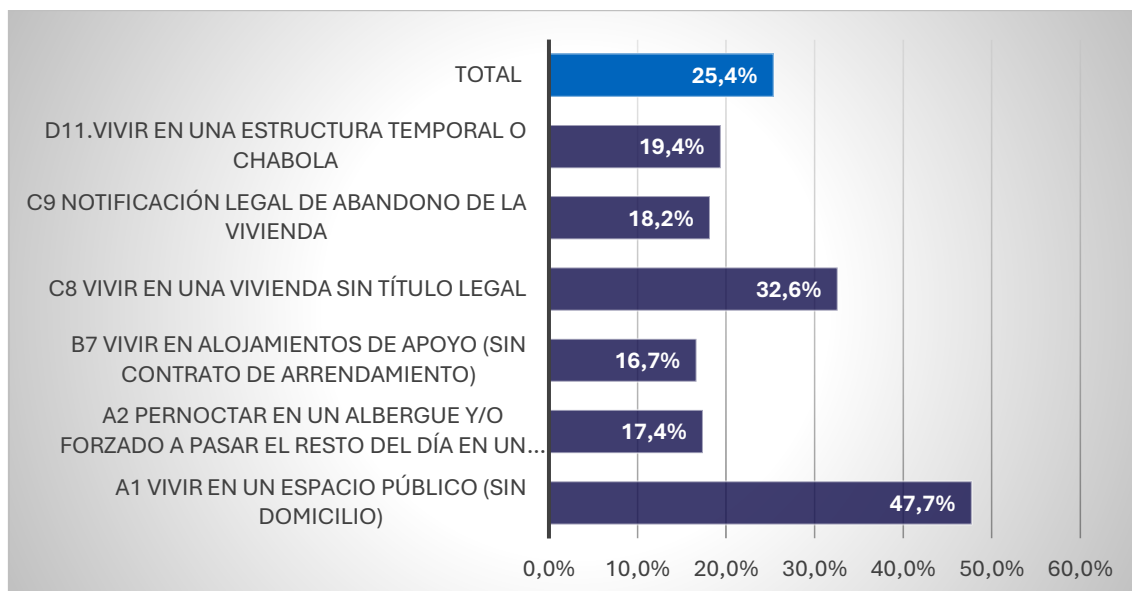


La tarjeta sanitaria

Un aspecto esencial para garantizar el derecho a la salud de las mujeres en situación de sinhogarismo es estar en posesión de la tarjeta sanitaria. Las mujeres que se encuentran en la categoría A1 son las que disponen en menor medida de la tarjeta sanitaria.

Gráfica 6. Porcentaje de mujeres que no tienen tarjeta sanitaria según categoría

ETHOS



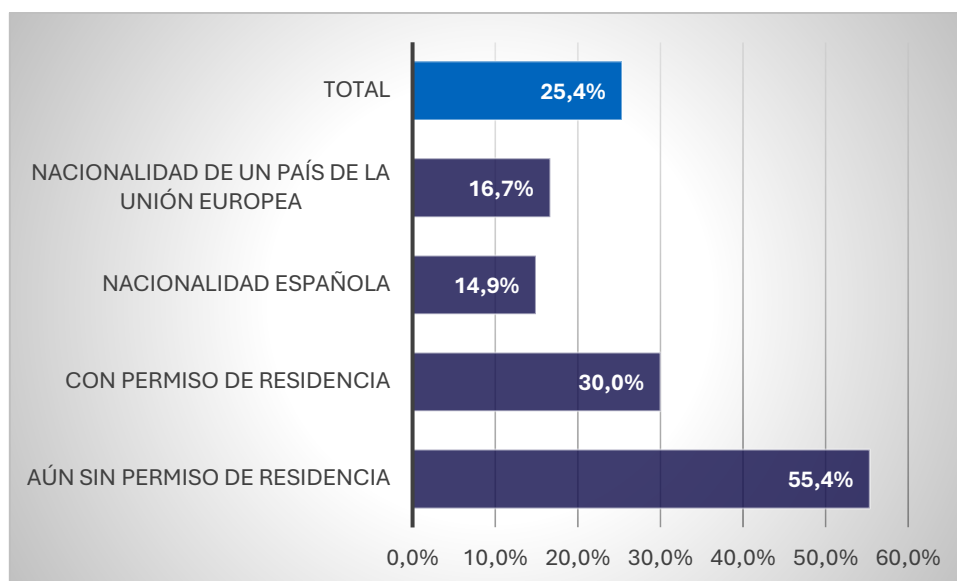
Otra variable predictiva importante del acceso a la tarjeta sanitaria es no disponer de un permiso de residencia: el 55,4% de las mujeres en situación administrativa irregular no tienen tarjeta sanitaria.

EL
55,4% **DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR**

NO TIENE TARJETA SANITARIA



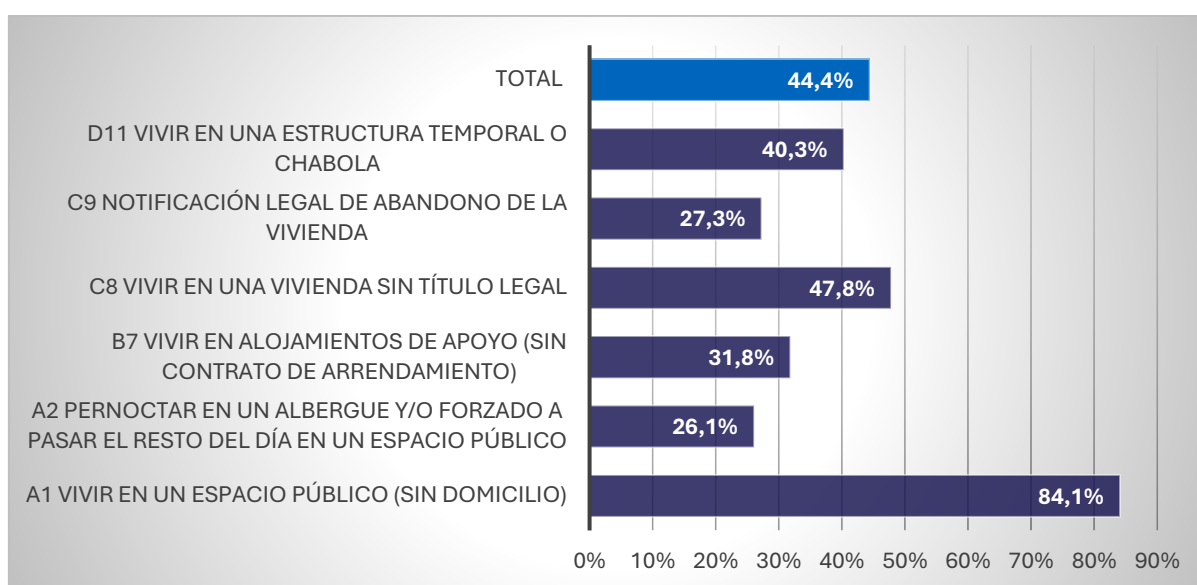
Gráfica 7. Porcentaje de mujeres que no tienen tarjeta sanitaria según situación administrativa



Las dificultades para tramitar la tarjeta sanitaria dependen, también, de las condiciones de sinhogarismo (categoría A1) y de la situación administrativa (estar en situación administrativa irregular). Existen diversas hipótesis que pueden ayudar a explicar por qué cerca del 15% de las mujeres españolas en situación de sinhogarismo no dispone de tarjeta sanitaria, a pesar de tener reconocido este derecho. En primer lugar, este colectivo parece estar más expuesto a robos, agresiones y otras formas de abuso en el espacio público, lo que incrementa la probabilidad de perder o ver sustraída su documentación personal. En este caso cuando una mujer declaraba que “no tenía tarjeta sanitaria” no significa obligatoriamente que no esté de alta, sino que no la tienen físicamente. A ello se suma que, según la experiencia de los equipos de atención, las mujeres españolas en situación de calle suelen presentar un mayor deterioro asociado a consumos problemáticos de sustancias o patología dual, lo que puede contribuir a una pérdida más frecuente de sus pertenencias y documentos (Cáritas Diocesana de Tenerife, 2024b). Otro factor relevante es la dinámica relacional. Las mujeres nacionales que viven en la calle tienden, en mayor proporción que las mujeres extranjeras, a convivir con parejas con las que mantienen relaciones marcadas por el control y la violencia. En estos contextos, la documentación sanitaria puede convertirse en un instrumento de chantaje: las parejas pueden apropiarse de la tarjeta sanitaria para controlar el acceso a recetas —incluidas las de medicamentos psicotrópicos— o utilizar

su retención como forma de castigo cuando las mujeres intentan separarse. En muchos casos, son estas mismas parejas quienes terminan robando o destruyendo sus pertenencias, incluida la documentación. En definitiva, la ausencia de tarjeta sanitaria entre una parte de las mujeres españolas en situación de sinhogarismo no responde únicamente a un problema administrativo sino a un entramado complejo de violencia, vulnerabilidad y deterioro personal que obstaculiza el acceso, el mantenimiento y la renovación de su documentación básica.

Gráfica 8. Dificultades para tramitar la tarjeta sanitaria según tipología ETHOS y situación administrativa irregular



Las dificultades para ser atendidas en un centro de salud o en un hospital afecta a más de la mitad de las mujeres que viven en situación de calle y a más del 40% de las mujeres que viven en una vivienda sin título legal, además afecta al 57,1% de las mujeres en situación administrativa irregular.

En los diálogos generados en los espacios grupales con mujeres, muchas coinciden en expresar situaciones de dificultad de acceso a determinados recursos sanitarios, en muchos casos por falta de información o por haber recibido información incorrecta que ha obstaculizado aún más su posibilidad de ejercer el derecho a la salud. En este caso una de las mujeres del grupo de discusión del sur comentaba lo siguiente:

“

Estoy en Tenerife hace tres años y viví tres años en La Palma. Vivo con mi esposo y los dos niños, no tenemos a nadie, aquí no conocemos a nadie. Pasó lo de la pandemia y en La Palma bajó bastante el trabajo y por eso decidimos venir acá. Lo de la información a mí se me ha hecho muy difícil. En La Palma todos me decían cosas diferentes, me decían una cosa y era otra. Mi esposo tiene residencia permanente. Nos dijeron que si nos casábamos era mejor, nos casamos, luego me dijeron que tenía que estar en el país de origen. Yo vendí todo en Uruguay, todo lo que una hace para venir. La gente no se anima a hacerme un pre contrato y yo no conozco a nadie. No tenés la confianza y sentís que ponés en compromiso a alguien. Ahora con la nacionalidad de mi esposo podemos pedir otro permiso para mí pero eso tarda, porque la nacionalidad tarda. Yo nunca pensé que me iba a llevar tanto tiempo resolver el tema de la documentación y lo más grave es que tengo problemas hasta para ir al médico porque no tengo los papeles”. (GD2-M02)

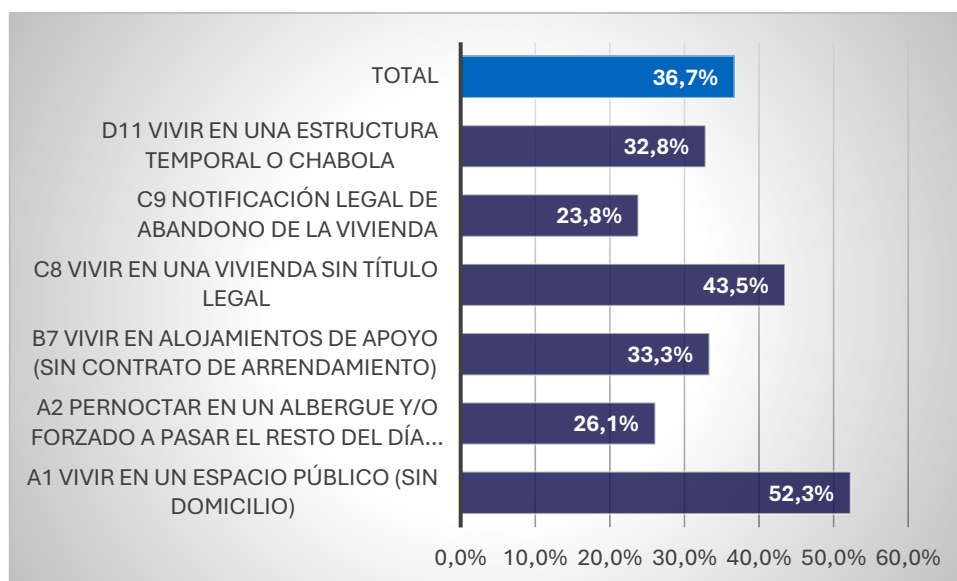


84.1%

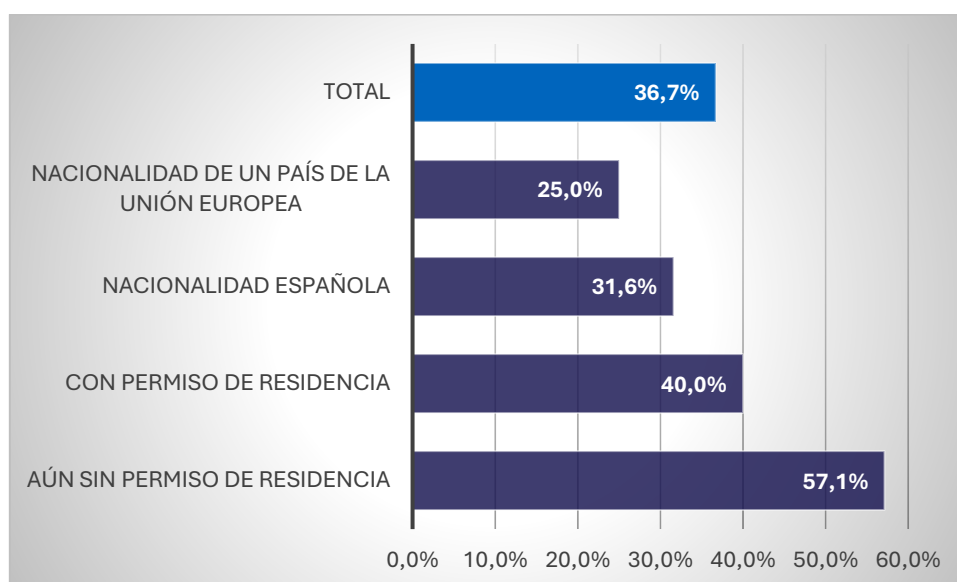
QUE VIVE EN UN ESPACIO PÚBLICO
DE MUJERES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

NO TIENE TARJETA SANITARIA

Gráfica 9. Porcentaje de mujeres que han tenido dificultades para ser atendidas en un Centro de Salud o en el hospital según tipología ETHOS



Gráfica 10. Porcentaje de mujeres que han tenido dificultades para ser atendida en un Centro de Salud o en el hospital según situación administrativa



En los espacios de diálogo compartidos con las mujeres que participaron en este estudio, resultaba habitual que las mujeres que se encontraban en situación administrativa irregular expresaran el temor que representa acudir a un centro médico por la posibilidad de que te nieguen la atención, te cobren por la consulta o bien, te ejecuten

una orden de expulsión del país. Una mujer, colombiana que lleva tiempo en Tenerife compartía su experiencia:

“Siempre te dicen que mientras que tu tengas el comprobante del empadronamiento y te den una tarjeta especial, te van a atender. Pero mi sobrino tenía ese comprobante y le pasó que le cayó una chispa en el ojo por un trabajo de soldadura y fue y si lo atendieron pero le llegó una factura. Te atienden sí, pero te cobran”. (GD1-M01)

A esta experiencia, una de las compañeras del grupo, nacida en Canarias, respondía con contundencia:

“Ustedes tienen el problema del miedo. De eso nada. Ustedes tienen que seguir. Y se paran ahí y le dicen: me atiendes porque me atiendes y punto” (GD1-M02)

Otras de las cuestiones que resultaron destacadas en los espacios de diálogo con mujeres fue la percepción, una vez que acceden a la atención médica, de distancia o frialdad por parte de los y las profesionales de la salud.

“Lo que he apreciado yo, no sé cómo habrá sido con cada una de ustedes en su momento. Lo que he podido percibir, es que la atención del médico, con todo respeto, es bastante carente. Tardo dos horas en entrar y literalmente, tardo 5 minutos en salir. No hacen revisión, no te tocan. Están mirando al ordenador. En mi país el médico es muy humano. La calidad humana cuando me atiende, es distinta a la atención que he visto aquí. (GD2-M03)

“Yo he notado que el médico de adultos no revisa, en los niños si es más cercano, pero en adultos no. Una llega con las ganas y la costumbre de querer contarle todo, de que te escuchen y es como que les avasallas porque quieres contarle como te sentís y él está en el ordenador, tiqui, tiqui, escribiendo en su teclado y ni te mira”. (GD2-M02)

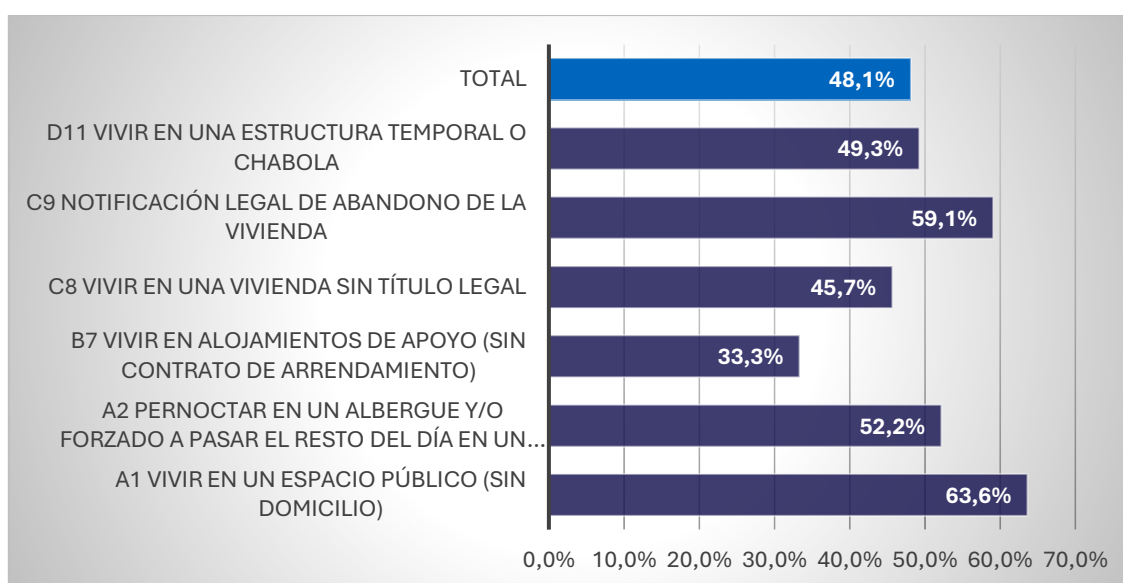
Otro aspecto relacionado con el derecho a la salud es el acceso a medicamentos prescritos y material para curarse. El 48,1% de todas las mujeres encuestadas, no accede a este derecho, siendo las mujeres que viven en un espacio público las que tienen menos acceso (63,6%) y las que no tienen permiso de residencia (62,5%).

EL
48,1%

NO TIENE ACCESO A MEDICAMENTOS PRESCRITOS Y MATERIAL DE CURA

DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

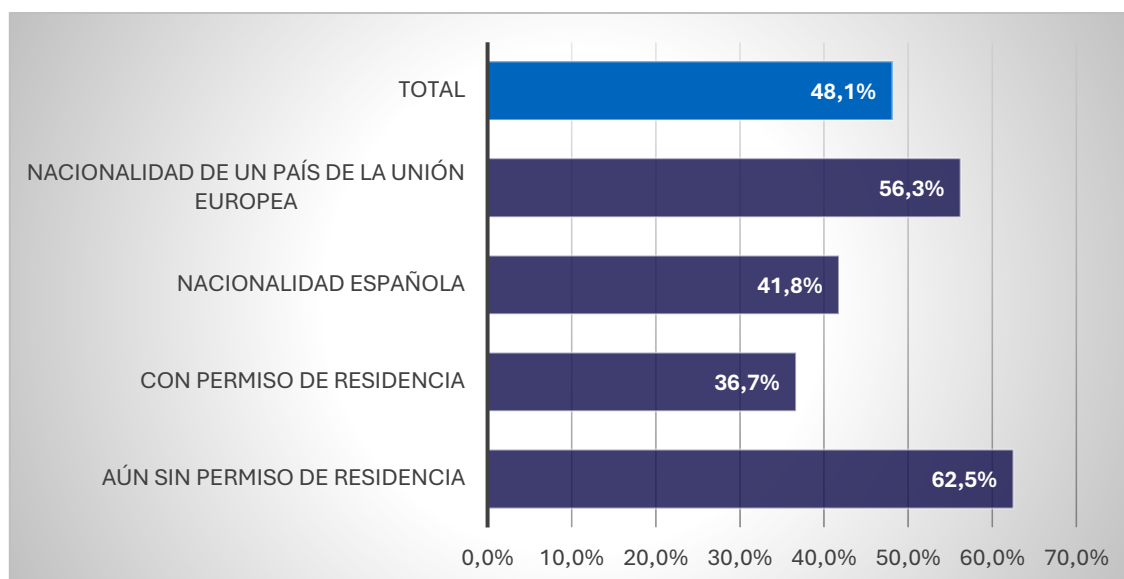
Gráfica 11. Porcentaje de mujeres que no tiene acceso a medicamentos prescritos y material para curarse según tipología ETHOS



El 62,5% de las mujeres en situación de sinhogarismo sin permiso de residencia declara que no tiene acceso a medicamentos prescritos y material para curarse lo que confirma la fuerte vulnerabilidad asociada a la irregularidad administrativa, caracterizada por barreras económicas, trabas burocráticas y miedo a acudir a los servicios sanitarios.



Gráfica 12. Porcentaje de mujeres que no tiene acceso a medicamentos prescritos y material para curarse según situación administrativa



Haber tenido dificultades para ser atendidas en los centros de salud u hospitales y no tener acceso a los medicamentos o a los materiales necesarios para la cura, son dos indicadores de acceso al derecho a la salud que están estrechamente, pero no totalmente, relacionados con tener tarjeta sanitaria. Por ejemplo, el 89,7% de las mujeres sin tarjeta sanitaria, han tenido dificultades de acceso a los centros de salud frente al 18,6% de las mujeres que sí tienen tarjeta.

Sin embargo, esta relación es menos evidente en el caso del acceso a los medicamentos: el 42,5% de las mujeres que tienen tarjeta sanitaria no tienen acceso a los medicamentos, frente al 64,7% de quien no tiene tarjeta.

No tener tarjeta sanitaria es el principal motivo que conlleva dificultades para acceder a centros de salud y hospitales, sin embargo, en el caso de las mujeres en situación administrativa irregular se suman otros factores que hay que tener en cuenta y que han sido evidenciados por otros estudios sobre discriminación de las personas migrantes, por ejemplo Buraschi, Oldano y Godenau (2022) subrayan que en Tenerife existen prácticas discriminatorias institucionales a la hora de acceder a los centros de salud que, en el caso de las mujeres racializadas, pueden ser bastante frecuentes.

¿QUÉ COBERTURA EXISTE DE LAS NECESIDADES BÁSICAS?

Un último aspecto que se puede vincular al acceso al derecho a la salud y que a menudo se utiliza como indicador de exclusión en salud es la cobertura de algunas necesidades básicas como la comida, el aseo y el sueño.

El 35,1% de las mujeres encuestadas ha dejado de comer alguna vez a lo largo del día, siendo la proporción particularmente alta entre las mujeres que viven en un espacio público o con una notificación legal de abandono de la vivienda.

Tabla 9. Respuesta a la pregunta “En los últimos 7 días, ¿ha dejado usted de comer alguna vez a lo largo del día? (una de las tres comidas diarias)” según tipología ETHOS

Categoría ETHOS	Porcentaje
A1 Vivir en un espacio público (sin domicilio)	59,1%
A2 Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público	4,3%
B7 Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)	36,4%
C8 Vivir en una vivienda sin título legal	23,9%
C9 Notificación legal de abandono de la vivienda	40,9%
D11. Vivir en una estructura temporal	34,3%
Media total	35,1%

La dificultad de acceso a una alimentación saludable, balanceada y suficiente resulta un denominador común entre la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio. Así, una de las compañeras refiere por un lado a la situación de pasar momentos de hambre, acompañada de la dificultad emocional que significa esa situación y el impedimento de poder compartir lo que está viviendo con sus familiares cercanos.



“Un día me he tomado un vaso de agua con azúcar y con eso me he llenado para todo el día, después a mi familia no le digo nada, porque a mi hija no podía decirle eso”. (ME06)

Esta situación también es recurrente en las conversaciones que hemos tenido con mujeres usuarias de algunos recursos especializados para personas en situación de sinhogarismo.



“La comida es un desastre. Te dan desayuno de niña. Dos magdalenas y dos botellitas de agua. No está mal, pero la alimentación es escasa. Vamos todos muertos de hambre. Yo paso mucha hambre. Y la distancia desde donde estoy yo, hasta el centro, hasta que llegas ya te consumes todo. Yo no voy a desayunar ahí porque no puedo gastar mi energía física para llegar hasta ahí. Yo estoy todo el día caminando. Quizás se puedan poner más puntos de Cruz Roja, no solo un punto y que podamos ducharnos en otro horario que no sea por la mañana. No lo sé, mejorar con cosas sencillas. La cena está bien pero el desayuno es pésimo y el desayuno es fundamental. Fruta, cereales, leche. Nos ponen una jarrita de leche para ponerle un poquito al café. Ponen magdalenas. No hay almuerzo. Antes los desayunos eran buenos. Podíamos llevarnos algunas cosas para el día siguiente, teníamos una tarjeta de 30 euros y claro, de todo eso al desayuno de ahora y una bandejita de comida es tan triste. No hay ni un plátano para cada uno. Mucha solidaridad con todo el mundo, pero luego dejan a la gente tirada. Que estemos en la calle no quiere decir que no tengamos hambre. Es que da vergüenza y un poco de indignación porque eso le daba yo a mi hijo en parvulito como tentempié” (ME02)

El 95,5% de las mujeres en situación de calle y un 37,7% de las mujeres que viven en una estructura temporal han tenido problemas para asearse por no tener los medios o espacio para hacerlo. En el caso de las mujeres en situación de sinhogarismo que pernocta en calle, esta situación se hace más compleja.



“Yo cuando tengo la regla voy a baños públicos y con toallitas o servilleta, me lavo. Siempre cuando estás en la calle, eso es un problema, cuando lo del COVID fue horrible. Yo pido dos cuartitos nada más, sería la gloria. Que pueda tener mis cosas ahí. ¿Por qué no dan los pisos de protección oficial? Si yo pudiera pagar un alquiler yo me largo del edificio, lo tengo claro”. (MS04)

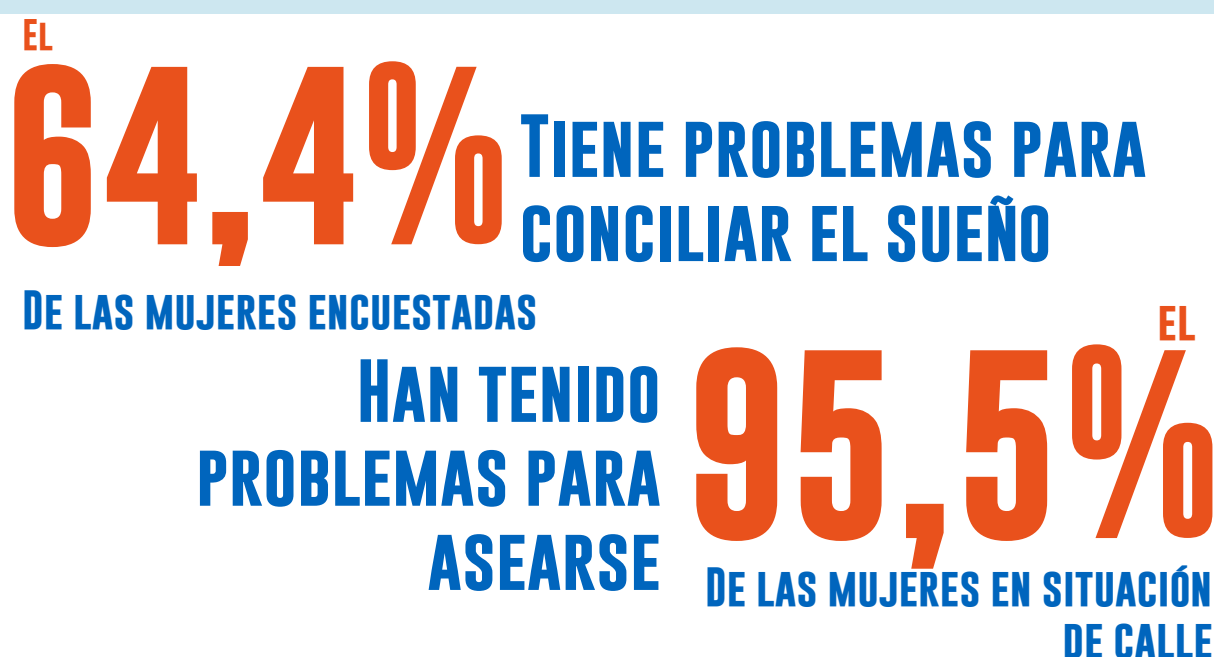
Finalmente, las dificultades para conciliar el sueño es un problema que afecta al 66,4% de las mujeres; en particular a las que viven en espacio público, en alojamientos de apoyo y con notificación legal de abandono de la vivienda.

Tabla 10. Porcentaje de mujeres que tienen dificultades para conciliar el sueño

Categoría ETHOS	Porcentaje
A1 Vivir en un espacio público (sin domicilio)	75,0%
A2 Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público	65,2%
B7 Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)	68,2%
C8 Vivir en una vivienda sin título legal	56,5%
C9 Notificación legal de abandono de la vivienda	68,2%
D11. Vivir en una estructura temporal	65,7%
Total	66,4%

En los espacios de diálogo entre mujeres, la dificultad de conciliar el sueño era un tema común y de alguna manera normalizado. No dormir o dormir mal, viene casi como un “añadido lógico” a la situación de sinhogarismo. Así, una de las compañeras del grupo de discusión del sur nos decía:

“Yo no puedo dormir, son muchas preocupaciones, no sé qué pasa, pero me despierto y como sufro rinitis también, me tomo cetirizina y como eso produce sueño, pues eso me ayuda. Pero me da miedo, hacerme medio adicta para dormir y como está mi hermana aquí y ella es muy nerviosa, ella me da una pastilla que toma a veces y eso me ayuda. Porque si trasnocho, como dice mi abuela, al otro día no sirvo para nada. Me han dicho que haga meditaciones y eso, pero no me ha funcionado”. (GD2-M04)



4. ¿CUÁLES SON LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN QUE SUFREN LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?

En este capítulo nos centramos en las experiencias de violencia y discriminación que sufren las mujeres en situación de sinhogarismo. La violencia social e institucional es una experiencia cotidiana para las mujeres en esta situación y tiene un importante impacto en su salud. Casi la mitad de las mujeres han sido insultadas o vejadas; a cuatro de cada diez se le han hecho propuestas sexuales a cambio de dinero, de favores o de ayuda material; tres cuartas partes ha tenido que trabajar irregularmente; y la mitad ha sufrido discriminación en los servicios públicos.

Tabla 11. Porcentaje de mujeres en situación de sinhogarismo que han sufrido experiencias de violencia

Experiencia de violencia	Porcentaje
Le han insultado o vejado	47,8%
Ha sufrido agresión física	26,1%
Ha sufrido agresión sexual o un intento de agresión sexual	27,2%
Le han robado dinero, pertenencias o documentación	35,1%
Le han hecho propuestas sexuales	42,2%
Ha necesitado practicar la prostitución	19,4%
Ha necesitado practicar la mendicidad	31,7%
Ha necesitado realizar trabajos irregulares	75,0%
Ha sufrido violencia de género	36,2%
Ha sufrido discriminación en los servicios públicos	47,4%

Sin embargo, las probabilidades de sufrir violencia no dependen solamente de la situación de sinhogarismo sino de otras importantes variables como el género, la edad, la situación administrativa o la racialización. Por esta razón, como se ha destacado en el apartado metodológico de este informe, es importante analizar las experiencias de violencia desde un enfoque interseccional.

En los testimonios de las mujeres que participaron en este estudio, encontramos experiencias que cruzan situaciones extremas, muchas veces normalizadas, que

muestran ese entramado de factores que interseccionan generando caminos sin salida. En este caso, la compañera entrevistada que actualmente pernocta en el albergue comparte su experiencia como mujer de 60 años que vive en ese recurso.



“Yo llevo casi un año que ya dije se acabó, hasta aquí llegué, no renuevo más papeles de vivienda. Yo cumpla 60 años ahora. Llevo 15 años renovando papeles, incluso me pusieron en la lista de preferente y a mí no se me ha dado una vivienda. O sea, ya paso total y absoluto de una vivienda. Ahora estoy de tránsito en el albergue, pero en cuanto que pueda solucionar mi problema, me voy. Yo siempre he estado en habitaciones, la convivencia con algunos más, con otros menos pero se hace difícil a veces y con el correspondiente problema de que actualmente te piden un mes de fondo y a veces dos para alquilar un piso y ahora en la habitación también, se te hace más duro aún. Piensa que si la habitación son 300 euros, que a lo mejor no es gran cosa, pero te piden 300 más de fondo ¿de dónde sacas 600 euros, si tú cobras una paga de 485 como cobro yo?” (ME01)

¿CÓMO PODEMOS INTERPRETAR LA VIOLENCIA DESDE UN ENFOQUE INTERSECCIONAL?

Tanto el análisis cuantitativo como cualitativo nos permiten comprender algunas dinámicas de violencia que sufren las mujeres en situación de sinhogarismo desde un enfoque interseccional.

Los resultados de la encuesta nos permiten, no solamente comparar diferentes perfiles sociodemográficos, sino cruzar variables y evidenciar cómo diferentes variables se interseccionan, multiplicando las posibilidades que una mujer sufra violencia.

El tipo de situación de sinhogarismo es una variable importante para comprender la diferencia en cuatro tipos de violencia: los insultos, la agresión física, los robos y la mendicidad. Estos cuatro tipos de violencia la han sufrido mayormente las mujeres en situación de calle o que están en recursos alojativos.

Tabla 12. Experiencias de violencia según tipología ETHOS

Tipo de violencia	A1	A2	B7	C8	C9	D11	Total
Le han insultado o vejado	68,2%	56,5%	62,1%	41,3%	22,7%	29,9%	47,8%
Ha sufrido agresión física	40,9%	43,5%	24,2%	28,3%	22,7%	11,9%	26,1%
Ha sufrido agresión sexual o un intento de agresión sexual	25,0%	34,8%	34,8%	34,8%	18,2%	16,4%	27,2%
Le han robado dinero, pertenencias o documentación	59,1%	47,8%	30,3%	28,3%	31,8%	25,4%	35,1%
Le han hecho propuestas sexuales	52,3%	52,2%	43,9%	52,2%	36,4%	25,4%	42,2%
Ha necesitado practicar la prostitución	47,7%	34,8%	18,2%	10,9%	9,1%	6,0%	19,4%
Ha necesitado practicar la mendicidad	59,1%	56,5%	34,8%	8,7%	4,5%	26,9%	31,7%
Ha necesitado realizar trabajos irregulares	77,3%	82,6%	75,8%	73,9%	81,8%	68,7%	75,0%
Ha sufrido violencia de género	29,5%	47,8%	51,5%	37,0%	36,4%	20,9%	36,2%
Ha sufrido discriminación en los servicios públicos	36,4%	39,1%	50,0%	43,5%	54,5%	55,2%	47,4%

Una de las mujeres entrevistadas nos cuenta su experiencia al sufrir un robo:



“Pues nada, yo vivo mi cueva, ahí no hay puerta, no hay nada, allí me pueden entrar cuando quieran. Solamente tengo un toldo allí con mis cositas, mi nevera, mi comida. Un día me la robaron cuando llegué por la tarde. Las ratas de dos patas. Tengo que esconder todo. Son las personas, las ratitas del barranco. Por la tarde cuando llegué, alguien había entrado allí para adentro y la nevera completamente vacía, es que hasta el gofio todo, un fisquito de azúcar que tenía. Cuando llegamos nos quedamos sin comida (...) Uno culpa al otro y somos cuatro gatos que estamos en el barranco y eso da vergüenza. Yo voy por todos lados y lo poquito que me he ido comprando, el azúcar, la leche y todo eso tengo que camuflarlo en un balde, le pongo la tapita y ya la tengo, porque si no me lo roban cuando estoy por acá, ya no hay nada ahorita, me robaron hasta la sombrilla,

qué triste. Es que hasta la garrafa del agua me la roban otra vez. Es triste que no puedas tener nada. Un amigo me regaló una pulsera de plata, muy bonita, ya por la tarde no estaba. A quien culpo. Es muy triste que cuatro pelagatos que somos, que estamos ahí porque no tenemos donde ir, es triste porque estamos ahí porque somos pobres y es triste que nos robemos entre todos. Yo primero pido. No te dejo con la nevera vacía”. (ME08)

Vivir en un espacio inseguro siendo mujer, crea condiciones de posibilidad de violencia que a veces lleva a las mujeres a mantener vínculos con hombres, en muchos casos ex parejas, para encontrar sensación de protección. Así lo explica una de las compañeras.

“Yo estoy con mi pareja y menos mal que me va a buscar el agua porque con el rollo de la columna lo primero que me dijeron es no cargues peso, no puedo cargar nada pesado. Él va a buscarme el agüita para bañarme y todo eso. Ya no somos pareja, es mi amigo, pero estando en la cueva yo lo quiero ahí porque es mi protección por la noche. Estuve un tiempo sola y tuve que dormir con un cuchillo porque los hombres ahí, ven una mujer sola en un barranco y eres vulnerable completa. Igual que en la calle pero en el barranco gritas y no te oye ni Dios. Ahí no hay nadie. Puedes gritar y no te oye ni Dios”. (ME08)

Las mujeres migrantes han sufrido en mayor proporción insultos, agresiones físicas y discriminación en los servicios públicos respecto a las mujeres nacidas en España.



Tabla 13. Experiencias de violencia según lugar de nacimiento

Tipo de violencia	Inmigrante	Española	Total
Le han insultado o vejado	58,3%	34,2%	47,8%
Ha sufrido agresión física	37,1%	12,0%	26,1%
Ha sufrido agresión sexual o un intento de agresión sexual	31,1%	22,2%	27,2%
Le han robado dinero, pertenencias o documentación	36,4%	33,3%	35,1%
Le han hecho propuestas sexuales	48,3%	34,2%	42,2%
Ha necesitado practicar la prostitución	21,2%	17,1%	19,4%
Ha necesitado practicar la mendicidad	35,1%	27,4%	31,7%
Ha necesitado realizar trabajos irregulares	82,8%	65,0%	75,0%
Ha sufrido violencia de género	40,4%	30,8%	36,2%
Ha sufrido discriminación en los servicios públicos	61,6%	29,1%	47,4%

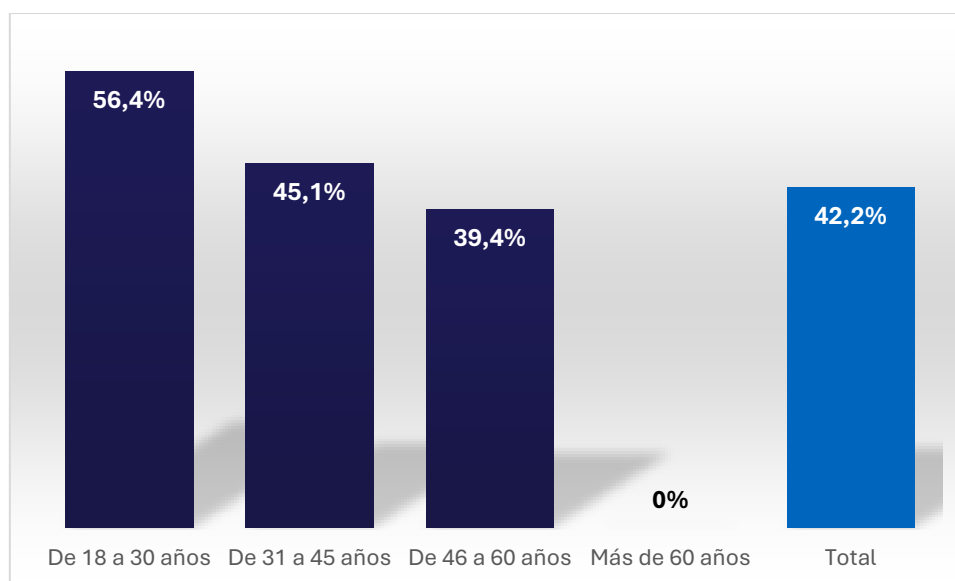
Esta diferencia es aún más significativa si en lugar de comparar las mujeres nacidas en España con las mujeres migrantes, comparamos las mujeres racializadas con las no racializadas.

Tabla 14. Experiencias de violencia según categoría racial

Tipo de violencia	Racializada	No racializada	Total
Le han insultado o vejado	72,2%	33,9%	47,8%
Ha sufrido agresión física	44,3%	15,8%	26,1%
Ha sufrido agresión sexual o un intento de agresión sexual	32,0%	24,6%	27,2%
Le han robado dinero, pertenencias o documentación	36,1%	34,5%	35,1%
Le han hecho propuestas sexuales	58,8%	32,7%	42,2%
Ha necesitado practicar la prostitución	27,8%	14,6%	19,4%
Ha necesitado practicar la mendicidad	33,0%	31,0%	31,7%
Ha necesitado realizar trabajos irregulares	83,5%	70,2%	75,0%
Ha sufrido violencia de género	40,2%	33,9%	36,2%
Ha sufrido discriminación en los servicios públicos	73,2%	32,7%	47,4%

La edad es otra variable significativa para comprender las diferencias en las experiencias de violencia. Por ejemplo, las mujeres menores de 31 años son las que sufren mayormente la violencia relacionada con recibir propuestas sexuales a cambio de ayuda o dinero.

Gráfica 13. Porcentaje de mujeres que ha recibido propuestas sexuales a cambio de ayuda o dinero por grupo de edad

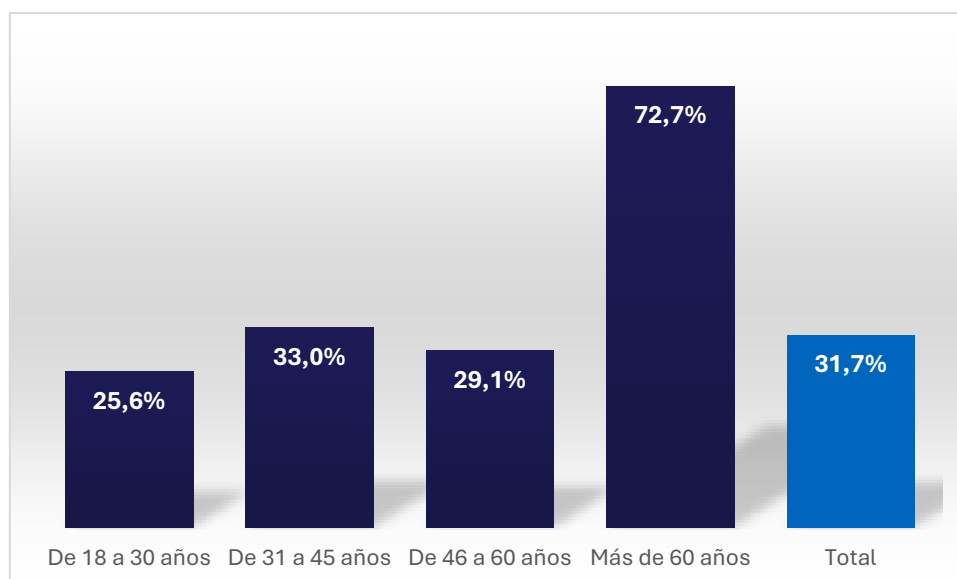


Mientras que las mujeres mayores de 60 años son las que, con más frecuencia, han tenido que practicar la mendicidad.

EL 56,4% HA RECIBIDO PROPUESTAS SEXUALES A CAMBIO DE AYUDA O DINERO DE MUJERES MENORES DE 31 AÑOS

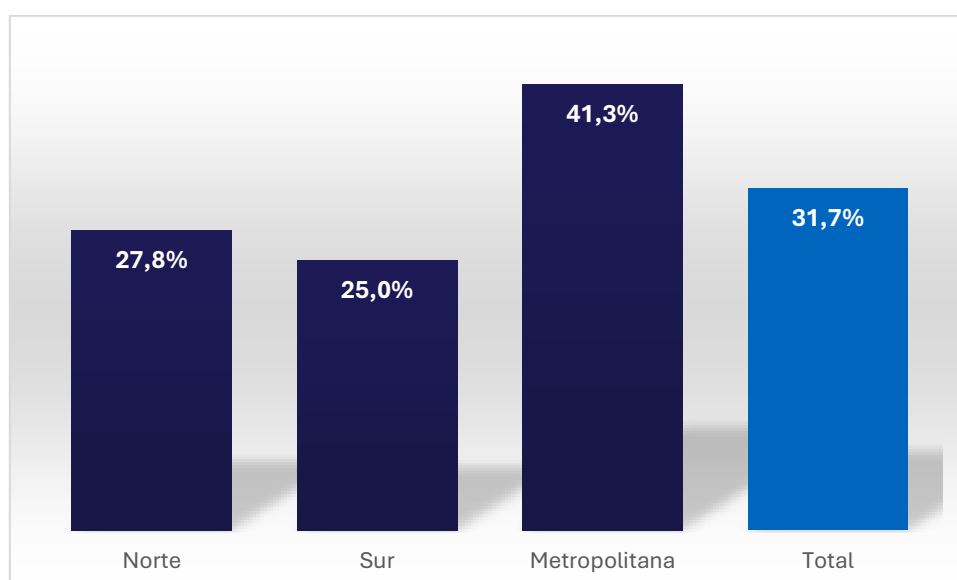
HA NECESITADO PRACTICAR LA MENDICIDAD EL 72,7% DE MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS

Gráfica 14. Porcentaje de mujeres que ha necesitado practicar la mendicidad por grupo de edad

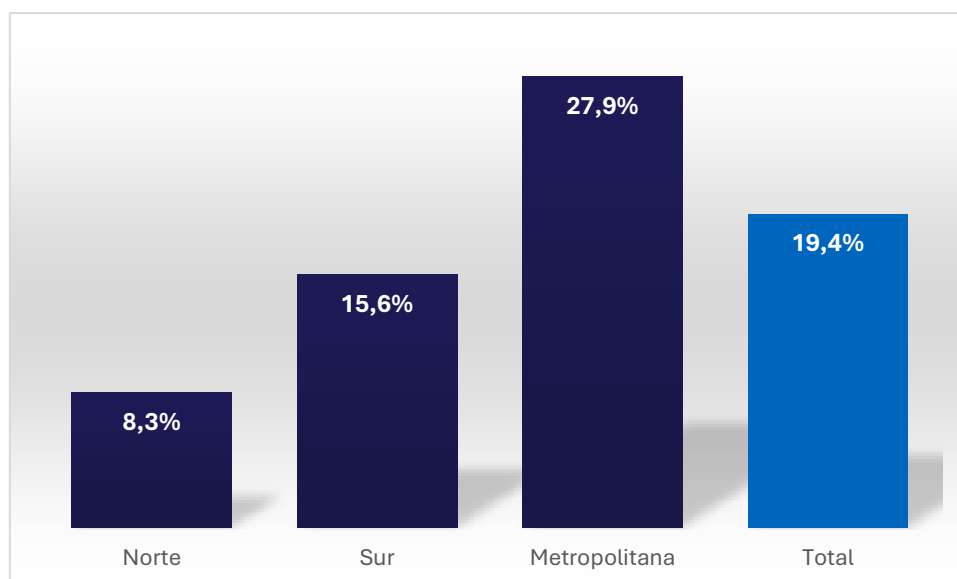


También existen diferencias respecto a la zona, siendo las mujeres que viven en zona metropolitana las que han tenido, en mayor medida, que practicar la mendicidad y la prostitución.

Gráfica 15. Porcentaje de mujeres que ha necesitado practicar la mendicidad por zona de residencia



Gráfica 16. Porcentaje de mujeres que ha necesitado practicar la prostitución por zona de residencia

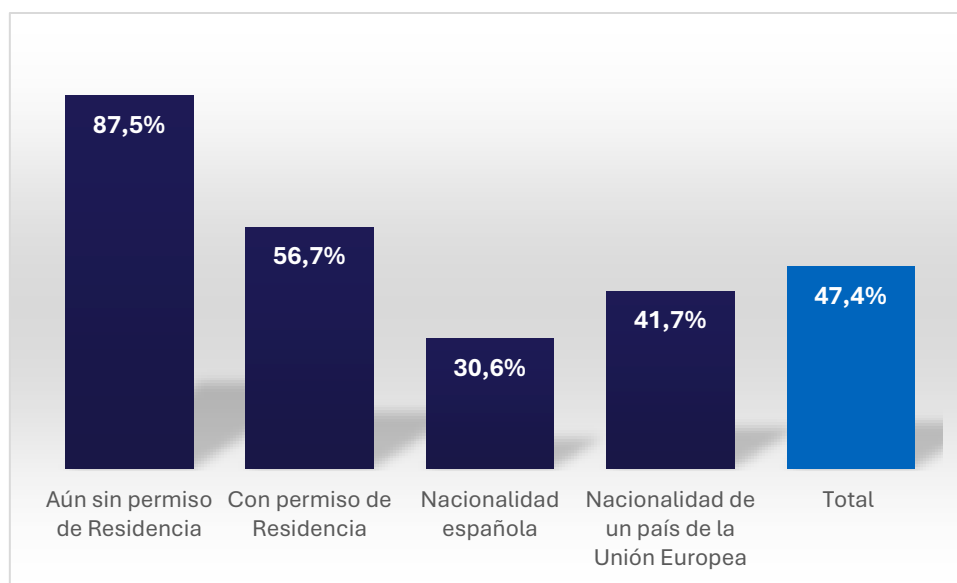


La discriminación en los servicios públicos afecta mayormente a las mujeres en situación administrativa irregular. Así, en los discursos de las mujeres que participaron del estudio, encontramos situaciones de violencia que muestran, por un lado, la cara de la vulnerabilidad, por desinformación, por abuso de poder, por hastío y también por supuesto, la cara de la resistencia y la búsqueda de alternativas. La desinformación y el abuso ante una situación de desahucio, como es en el caso de la compañera que expresa: *“te dicen que esas cosas no pueden pasar, pero pasan todo el tiempo”* refleja también como hay una distancia entre las normas que regulan el funcionamiento legal y la realidad de un día a día que en muchas situaciones también afecta a niños y niñas de la unidad familiar, como representa el siguiente testimonio:

“Ahora estoy con el tema de la vivienda, me tengo que ir de donde estoy, tenemos un trámite de desahucio. Estoy sin agua desde agosto del año pasado. También cortaron la luz. Ayer volví a denunciar. Estoy con un problema con el padrón porque fui a pedir el histórico del padrón y empadronaron a otra persona en el domicilio. Gracias al taller sobre la vivienda del otro día pude hacer un escrito y presentarlo en el SAC. Gracias al grupo porque no conocemos a ningún abogado. No conocemos un abogado que nos diga algo sobre el piso. Todo el mundo te dice que no pueden hacer eso con el agua, pero el agua está cortada y no pasa nada.

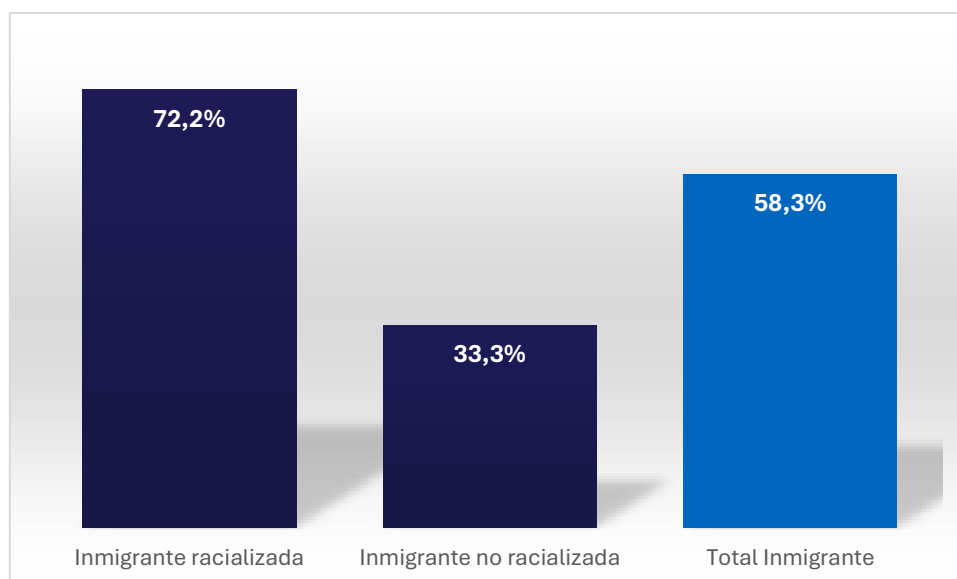
Te dicen que es un derecho básico con dos niños, pero nos quitaron el contador. Pagamos el contador, pagamos los meses que no teníamos agua y nos trancaron la azotea y no tenemos agua. EMMASA dice que no es un tema de ellos que es del propietario. Ahora la cuestión es que la hermana del dueño que nos había alquilado, se quedó con el piso y ella ahora está poniendo todos los pisos en vacacional y quiere que nos vayamos pero claro, no tenemos donde ir porque en todas partes te piden aval o fiador. Existe el aval bancario, pero no lo reciben en todas partes. Después que no quieren niños. Te dicen que no quieren niños. Te preguntan la edad y te dicen que tienen que ser mayores de 12 o 14 años. Yo tengo miedo, he pasado por todos los estados. Yo no tengo papeles todavía. Ahora tengo más información pero imagínate cuando me llegó el desahucio y me tenía que ir, yo no sabía qué hacer. Porque te dicen que esas cosas no pueden pasar, pero pasan todo el tiempo". (GD2-M02)

Gráfica 17. Discriminación en los servicios públicos según situación administrativa

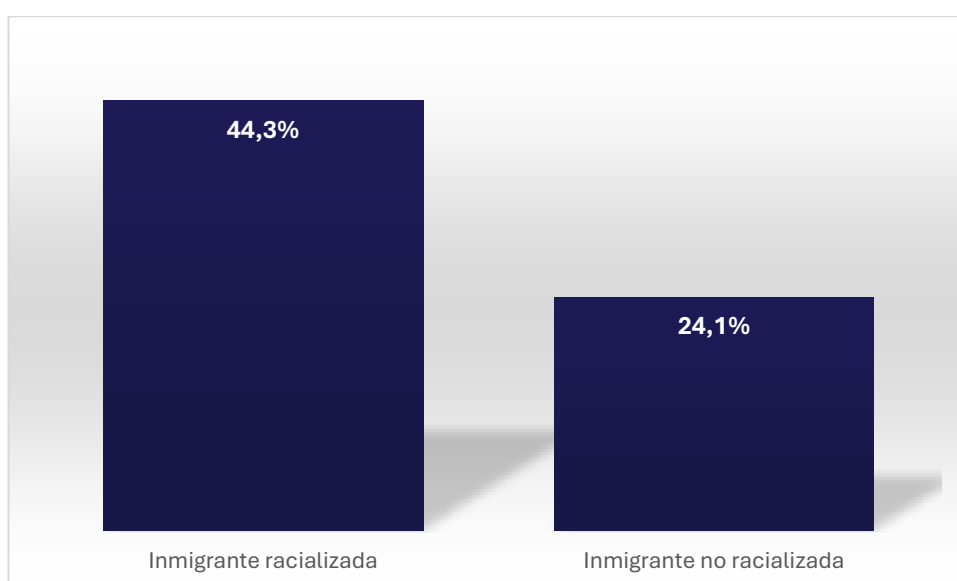


La variable “autocategorización racial” es la que, articulándose con otras variables, evidencia mayores diferencias. Por ejemplo, si bien en general las mujeres migrantes son las que sufren más frecuentemente insultos o agresión física, es la dimensión racial la que podría darnos claves para comprender esta diferencia, puesto que las mujeres migrantes no racializadas han sufrido insultos o agresiones físicas en un porcentaje parecido a las españolas.

Gráfica 18. Porcentaje de mujeres migrantes que han sufrido insultos o vejaciones según autocategorización racial



Gráfica 19. Porcentaje de mujeres migrantes que han sufrido agresión física según autocategorización racial

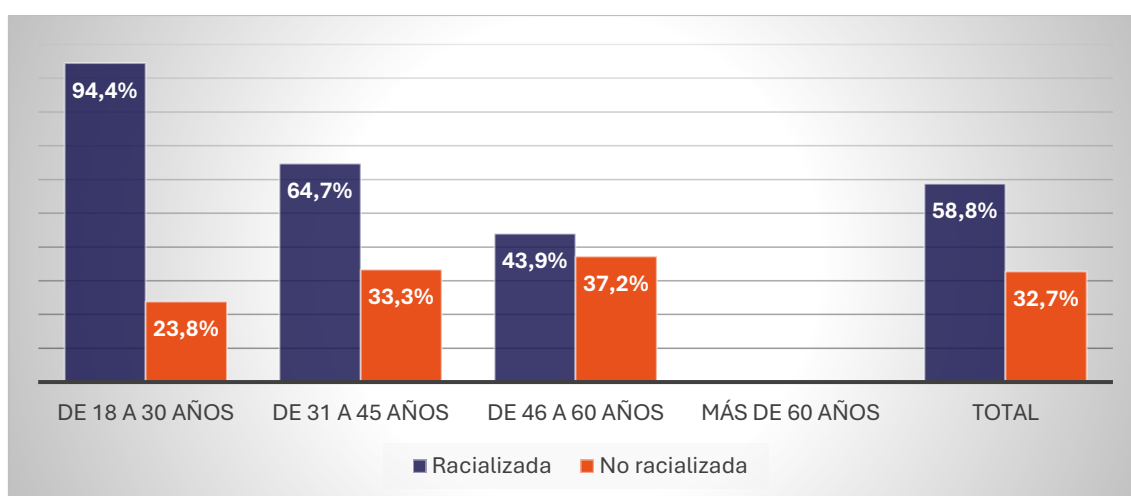


Lo mismo pasa con la edad y su relación con recibir o no propuestas sexuales: es la racialización que, articulándose con la edad, evidencia mayor diferencia. Las mujeres racializadas reciben propuestas sexuales a cambio de dinero en una proporción muy superior a las mujeres no racializadas en todos los grupos de edad, especialmente entre

los 18 y 30 años, donde la diferencia es extrema (94,4% frente a 23,8%). Desde una perspectiva interseccional, este patrón revela cómo la combinación de sinhogarismo, género, juventud y racialización sitúa a estas mujeres en una posición de vulnerabilidad intensificada frente a la explotación sexual. La hipersexualización racial y los estereotipos asociados a los cuerpos racializados, combinados con la precariedad económica, incrementan la exposición de estas mujeres a este tipo de propuestas. A ello se suma el racismo estructural e institucional, que restringe su acceso a protección, recursos y credibilidad ante las instituciones, favoreciendo la normalización y reproducción de estas violencias. Todo esto genera un impacto directo y acumulativo en su salud física, mental y emocional.

Este fenómeno revela un mecanismo histórico de hipersexualización racial, vinculado al colonialismo y al racismo patriarcal, que construye a las mujeres racializadas como “disponibles”, “exóticas” o “accesibles”, incrementando las conductas de acoso y explotación sexual hacia ellas. En contextos de sinhogarismo, esta hipersexualización se entrelaza con la vulnerabilidad socioeconómica, configurando un escenario en el que las mujeres racializadas son percibidas como un blanco preferente para propuestas o coacciones sexuales.

Gráfica 20. Porcentaje de mujeres que ha recibido propuestas sexuales a cambio de dinero según edad y categoría racial



Una de las mujeres que participó en las entrevistas, nos cuenta cómo se articula esta situación y en su caso, cómo recibió propuestas sexuales en una oportunidad de búsqueda de empleo.

“En una oportunidad yo llamé a un trabajo que vi en mil anuncios, era para limpieza de un piso vacacional. Yo creo que ahí se dio cuenta que no era española y después me dijo que le diera el número para hablar y para ponernos de acuerdo y pasarme la dirección por GPS y resulta que después el hombre me estaba proponiendo cosas indebidas y yo agarré y lo bloqueé rápidamente. Yo digo que aquí en España se tiene un control sobre todo, pero el control de las personas que están en negro no lo hay y tienen que pasar las cosas para que tú puedas denunciar y a una le da miedo pues que uno vaya a tener un problema legal ya no le puedan hacer los papeles, qué es lo que piensa mucha gente claro, y por eso la gente no denuncia, claro que no denuncias” (ME06)

Los espacios de trabajo en entornos públicos también representan lugares propicios para articular condiciones de violencia, reproduciendo situaciones en las que la interseccionalidad se hace patente como en este testimonio:

“Aquí en Tenerife no se consigue piso tan fácilmente porque tiene que tener una nómina, pues así tengas el dinero, no lo puedes hacer y aquí he estado trabajando. Estoy trabajando con un señor que ya desde que llegué lo conseguí, el señor es un canario estuvo en Venezuela 40 años, quiere mucho a Venezuela y a los venezolanos, tuve esa suerte, pero me pagaban solo 300 euros mensuales, si 300 euros al mes y el trabajo ahí era llegar, bañar al señor, hacerle el desayuno, dárselo, aunque el mismo come solo, pero le dio un ictus, pero tiene el lado derecho bien y él manipula. Tengo que ayudar también a bañarlo y ayudar a su esposa a darle la comida porque, aunque ella está bien, ya tiene un poco de demencia. Ya se le está acentuando ahora un poco más, pero yo le trabajo dos horas nomas, eso sí, el día que yo no podía ir porque tenía una cita, ellos sin problemas me dejaban ir. Después tomé la decisión. Yo tenía que buscar otro trabajo y trabajé en una cafetería, con una señora uruguaya que me dio la oportunidad de trabajar los domingos, a escondidas en un sótano en la cocina.

Esto era para poder completar el pago del piso, porque lo que el señor me pagaba, no me daba para pagar el piso. Yo tengo una renta de 500 euros y todavía me faltaban 200 para el piso, más los servicios, entonces se fue haciendo como rudo y tenía que buscar cómo fuese trabajar rápido. Entonces conseguí también trabajo en una empresa de limpieza que me permitieron trabajar en negro, ellos trabajaban con contratos, pero pagaban a ocho euros la hora y había momentos, dependiendo de la obra, a veces pagaban seis euros. Ocho horas de trabajo que nos acaban, como decimos nosotros los venezolanos, la chicha para poder darle duro y bueno, me enfermé, me intoxicqué con un producto de quita cemento que me hizo daño en los ojos, parecía que los ojos los tenía todos brotados, la cara se me infló, no podía hablar, la garganta se me irritó, fui al médico pero no dije que porque era, dije que fue en casa porque como se supone que no puedo trabajar y quizás me metía en problemas. Me las vi muy mal y así tenía que salir a trabajar porque descansé un solo día y mis hijas me decían “mamá pero porque estás haciendo eso, espérate nosotros te vamos a dar eso que te falta”, pero ellas también están cortas, por lo menos la mayor que se le hace difícil con los niños como para pagar su piso, yo no podía permitir que ella haga los sacrificios. Con la empresa de limpieza, nos llevaban a instituciones, a centros de salud, al tanatorio, ellos construían y buscan personal para que limpien las obras para entregarlas limpias”. (ME06)

Algunos de los testimonios nos muestran también, como los abusos de poder en espacios privados se normalizan y llegan a crear situaciones que recrean lógicas de opresión llenas de maltrato como refleja el siguiente testimonio.



“Yo veo que el trabajo de cuidadora o de interna es muy mal pagado, ¿sabes? Porque uno primero lo ve como una oportunidad, pero de ahí me fui porque sentí como que me tenían como presa porque eran dos hijas con una señora que tenía Alzheimer y yo tenía que estar con la señora sábado, domingo hasta el lunes en la mañana que me iba. Un sábado por la tarde llegaron las hijas y yo les dije voy a aprovechar que ustedes están con su madre y voy a ir al contenedor que estaba enfrente de la casa a botar la basura y me dijeron que no, que yo no podía salir

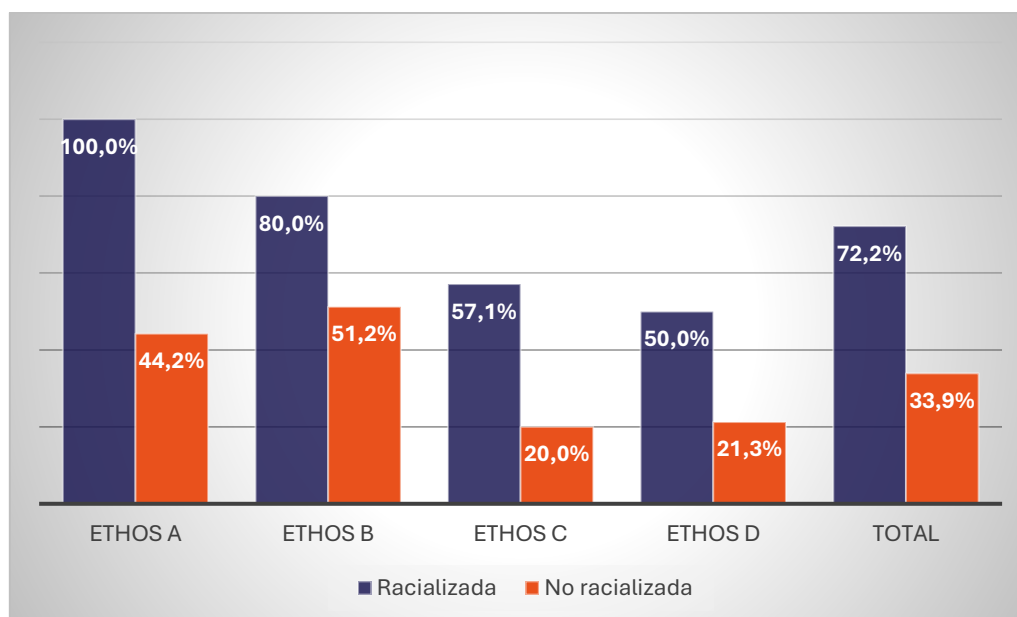
de ahí hasta que no me fuera el lunes, que yo cuando llego, ya no puedo salir ni a la puerta, tengo que estar pendiente de la mamá". (ME06)

Hay que destacar que si bien, como hemos visto la categoría ETHOS explica parte de las diferencias en la probabilidad de sufrir determinadas formas de violencia, es su articulación con la autocategorización racial la que mayormente explica las diferencias: las mujeres que están en situación de calle y, además, son racializadas, son las que mayormente sufren insultos, agresiones físicas y han necesitado practicar la prostitución.

Los resultados de este estudio muestran diferencias significativas en la proporción de mujeres racializadas que reciben insultos o vejaciones en comparación con las no racializadas. Esta tendencia es especialmente marcada en las categorías ETHOS más extremas, donde la totalidad de las mujeres racializadas en ETHOS A han sufrido este tipo de violencia verbal. Desde una perspectiva interseccional, estos datos revelan que las mujeres que combinan condiciones de sinhogarismo severo con la racialización experimentan formas simultáneas de opresión que multiplican su exposición a agresiones verbales. El racismo institucional y estructural opera produciendo escenarios donde estas mujeres tienen mayor probabilidad de ser hostigadas, ya que ocupan espacios públicos sin protección, dependen de recursos que no siempre incorporan protocolos contra la discriminación racial y son percibidas socialmente como "menos dignas" de respeto. Así, el insulto no es sólo un acto interpersonal, sino un síntoma de un sistema que legitima la deshumanización de las personas racializadas, incidiendo en su salud.



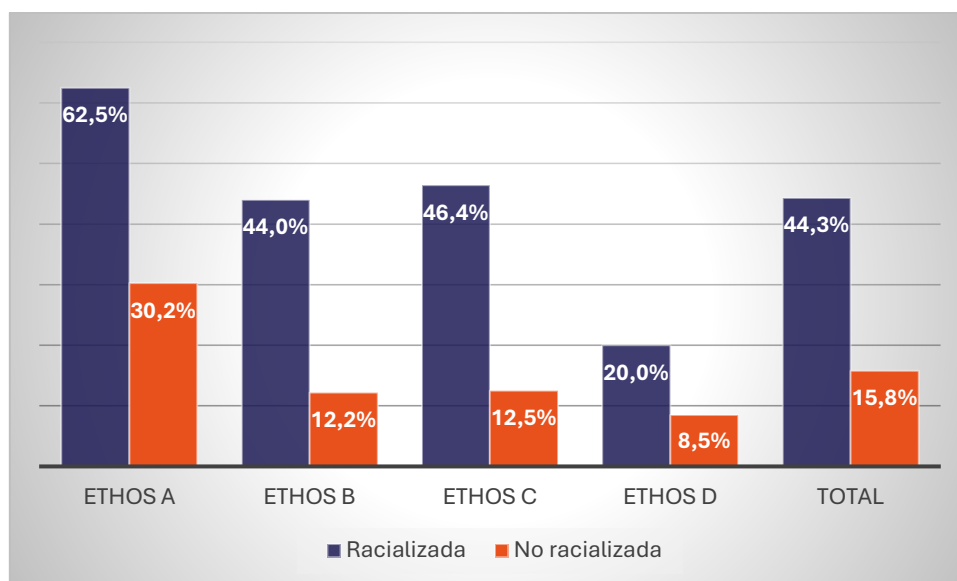
Gráfica 21. Porcentaje de mujeres que ha recibido insultos o vejaciones según ETHOS y categoría racial



También las mujeres racializadas registran tasas más elevadas de agresiones físicas en prácticamente todos los niveles de exclusión residencial. La intersección entre género, raza y sinhogarismo expone a estas mujeres a riesgos agravados, donde el racismo estructural influye tanto en la probabilidad de sufrir violencia como en la respuesta institucional a dicha violencia. Las mujeres racializadas ocupan espacios más inseguros, encuentran mayores obstáculos para denunciar, y se enfrentan a una menor credibilidad por parte de los sistemas policiales, judiciales y sanitarios.

**LAS MUJERES RACIALIZADAS
REGISTRAN TASAS MÁS ELEVADAS DE
AGRESIONES FÍSICAS**

Gráfica 22. Porcentaje de mujeres que han sufrido agresión física según ETHOS y categoría racial



Estos resultados subrayan la necesidad de incorporar una perspectiva antirracista en el análisis del sinhogarismo femenino y, especialmente, en la evaluación del impacto del racismo sobre la salud. Tal como plantean Bee Nchama y colaboradores (2025), la omisión de la dimensión racial en los estudios de salud pública contribuye a invisibilizar las desigualdades estructurales que afectan de manera sistemática a las personas racializadas. No se trata únicamente de describir diferencias entre grupos, sino de reconocer que el racismo opera como un determinante social de la salud que distribuye de manera desigual la violencia, la enfermedad, la carga de estrés y el acceso a recursos sanitarios. Incorporar estas categorías no es un ejercicio estadístico, sino una herramienta imprescindible para comprender los mecanismos que producen daño, para diseñar intervenciones más justas y para garantizar que las experiencias de las mujeres racializadas no sigan siendo marginales o silenciadas en la investigación y las políticas públicas.

En las entrevistas, encontramos relatos de mujeres que describen situaciones límites, como es el testimonio de esta mujer que nos explica la estrecha vinculación entre el sinhogarismo y el sistema prostitucional y que nos cuenta la manera en la cual, la prostitución aparece como una alternativa que, lejos de solucionar la situación social y

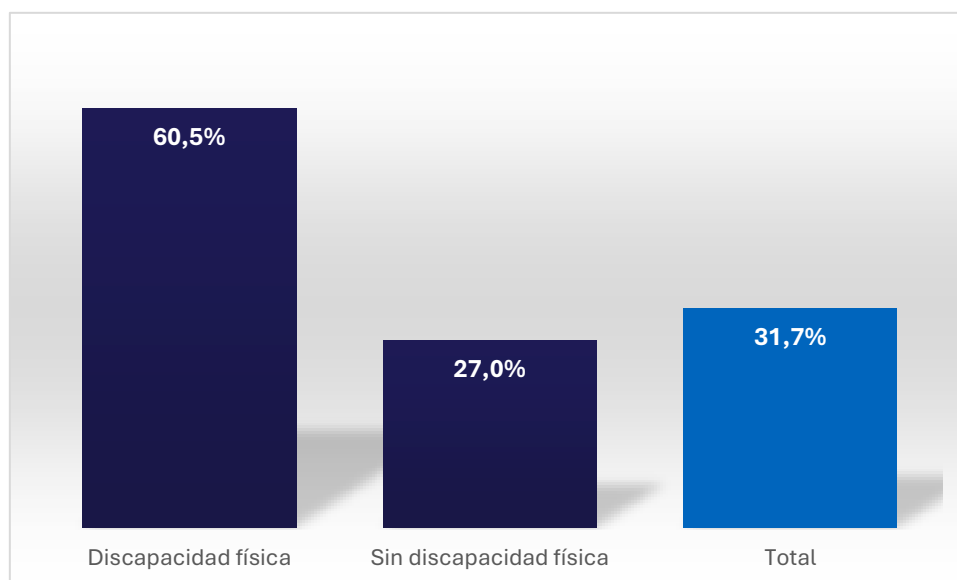
económica de las mujeres, profundiza en este caso, el malestar y la salud, configurando contextos de profunda violencia.



“Llegó un momento que no pude más. Más ahora que me operé. Siento rechazo, asco, no quiero más. En algún caso, tuve que consumir drogas, cocaína. Por dinero, por el cliente, tuve que drogarme dos veces. No me gusta. Yo no quiero. Me pone temblorosa. Soy muy nerviosa. Lo probé y no quiero. Me da miedo. Así se empieza. Las drogas las probé ahora. Yo soy muy nerviosa, a veces estoy durmiendo y me sobresalto. No sé por qué estoy pasando esto. No lo entiendo. Estuve pensando en tirarme al mar y sabes porque no lo hago, porque tengo dos hijas, ellas sufrirían porque ellas me están esperando. No sé si las podré traer. Pero que hago yo si no tengo a nadie aquí. Ya no tengo a mi abuela. No tengo a nadie. A mi mama no le importa nada de lo que a mí me pase. Ella no se imagina el grado que yo estuve. Estuve a punto de morirme” (ME05)

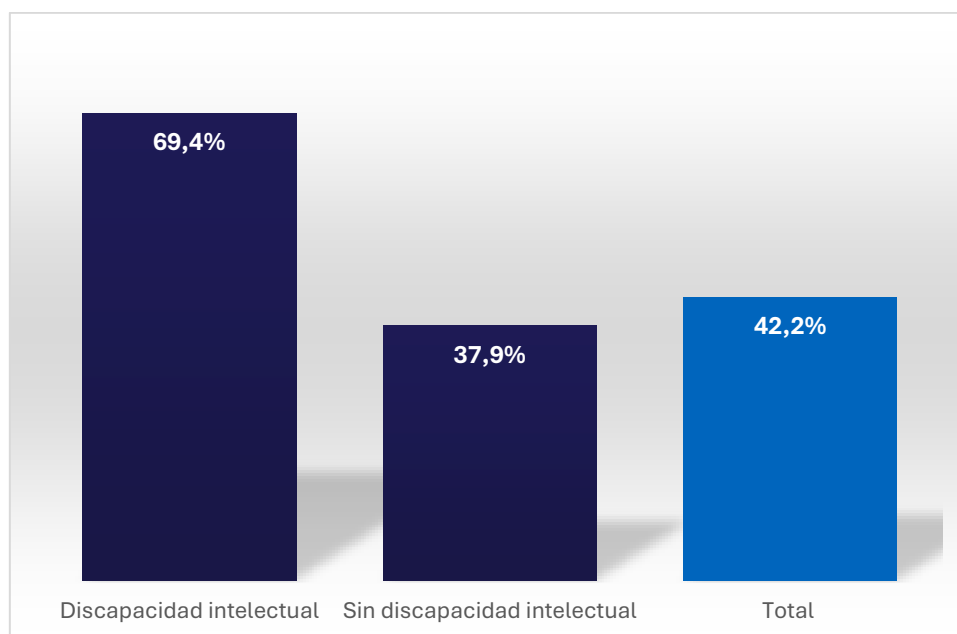
Finalmente, otra variable que se relaciona con un tipo de violencia específica es la discapacidad: el 60,5% de las mujeres en situación de sinhogarismo que tienen discapacidad física han tenido de practicar la mendicidad.

Gráfica 24. Porcentaje de mujeres que han tenido que practicar la mendicidad según tener o no discapacidad física



Por otro lado, el 69,4% de las mujeres en situación de sinhogarismo con discapacidad intelectual han recibido propuestas sexuales.

Gráfica 25. Porcentaje de mujeres que han recibido propuestas sexuales según tener o no discapacidad física



En conclusión, en la siguiente tabla se resumen las variables que articulándose aumentan la posibilidad de sufrir determinados tipos de violencia.

EL
69,4%
DE MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
HAN SIDO ACOSADAS SEXUALMENTE

EXPERIENCIA DE VIOLENCIA

Tabla 15. Principales variables relacionadas con las experiencias de violencia de las mujeres en situación de sinhogarismo

Experiencia de violencia	Variables predictoras
Le han insultado o vejado	ETHOS A1, A2 y B7 Inmigrante No comunitaria Racializada
Ha sufrido agresión física	ETHOS A1 y A2 Inmigrante No comunitaria Racializada
Ha sufrido agresión sexual o un intento de agresión sexual	Problemas de consumo de sustancias
Le han robado dinero, pertenencias o documentación	ETHOS A1 y A2
Le han hecho propuestas sexuales	ETHOS A1, A2 y C8 Inmigrante No comunitaria Racializada Edad 18-30 años Problemas de consumo de sustancias Discapacidad intelectual
Ha necesitado practicar la prostitución	ETHOS A1 y A2 Racializada Zona metropolitana Problemas de consumo de sustancias
Ha necesitado practicar la mendicidad	ETHOS A1 y A2 Edad más de 60 años Zona Metropolitana Discapacidad física
Ha necesitado realizar trabajos irregulares	Inmigrante No comunitaria Racializada
Ha sufrido violencia de género	Sin variables predictoras específicas.
Ha sufrido discriminación en los servicios públicos	Inmigrante No comunitaria Racializada Aún sin permiso de residencia

5. ¿QUÉ INFLUENCIA TIENE LA SALUD MENTAL EN EL SINHOGARISMO? ¿QUÉ INFLUENCIA TIENE EL SINHOGARISMO EN LA SALUD MENTAL?

Numerosos estudios han evidenciado el importante impacto que tiene la experiencia de la exclusión residencial en la salud mental de las personas. El sinhogarismo es una de las formas más extremas de exclusión social y, como subraya el informe de FACIAM (2022), las personas en situación de sinhogarismo son el colectivo que suelen mostrar las mayores tasas de acontecimiento vitales traumáticos (violencia, abandono, abuso sexual, físico, emocional) respecto al resto de la población. Además, el estudio de FACIAM evidencia que las mujeres en situación de sinhogarismo suelen presentar mayor deterioro psicológico respecto a los hombres (80,5% frente al 66,3%). Con la pandemia, como evidencia el estudio monográfico de Cáritas Diocesana de Tenerife (2022) la situación ha empeorado sensiblemente siendo muy alta la proporción de personas que han tenido pensamientos suicidas por un lado y por otro, la incidencia de síntomas que se suelen vincular con la ansiedad y con la depresión, suele ser mayor entre las mujeres.

Los resultados de nuestro estudio, tanto cuantitativos como cualitativos, muestran en las mujeres en situación de sinhogarismo una gran incidencia de síntomas que podrían relacionarse con procesos ansioso-depresivos, trastorno de estrés postraumático simple y complejo e ideas de suicidio no asociados a trastornos de salud mental grave, sino a experiencias traumáticas y vivencias que se perciben como sin salida.

Para estudiar este aspecto en la encuesta se han utilizado diferentes preguntas readaptadas al contexto de la exclusión residencial, extraídas del inventario de ansiedad (Back y Steer, 1990) y del inventario de depresión, ambos propuestos por Beck (Back y Steer, 1987). Hay que tener en cuenta que utilizar preguntas de un inventario no sustituye un diagnóstico clínico y lo único que podemos afirmar con los datos que hemos recogido es que las mujeres expresan vivir situaciones y experimentar emociones que podrían relacionarse con un cuadro de ansiedad o depresión. Aunque no se trata de un diagnóstico clínico, sí puede ser útil para visibilizar un malestar que es generalizado y afecta significativamente sus vidas.

Un primer aspecto para tener en cuenta cuando se analiza la salud mental de las mujeres en situación de sinhogarismo es la altísima incidencia de situaciones de malestar psicológico: la mayoría de las mujeres entrevistadas refieren tener algún síntoma de ansiedad y depresión. En particular, hay que destacar que nueve de cada diez mujeres, se han sentido angustiadas cuando pensaban en los problemas vinculados a la economía y a la vivienda; ocho de cada diez se han sentido muy tristes o deprimidas la última semana, se han sentido preocupadas por muchas cosas sin poder controlarlo; o han tenido malestar físico por los problemas económicos o relacionados con la vivienda.

El cuadro que se presenta a continuación refleja la magnitud del impacto emocional que experimentan muchas mujeres en situación de sinhogarismo. Más allá de los datos, estas cifras expresan el peso constante de sentirse sin control sobre la propia vida, atrapadas en un presente incierto en el que la falta de recursos económicos y la imposibilidad de acceder a una vivienda estable se convierten en preocupaciones diarias que minan su bienestar. A ello se suma la pérdida de interés o motivación cuando deben afrontar tareas físicamente exigentes —a menudo indispensables para sobrevivir— y la sensación de aislamiento, especialmente dolorosa en un contexto donde la red comunitaria podría ser clave para su recuperación. En este marco, la irritabilidad, el enfado y la tristeza profunda dejan de ser respuestas puntuales y pasan a ser estados prolongados que consumen energía y dificultan imaginar un horizonte más favorable.

La lectura de estos indicadores invita a una inmersión en la experiencia de ser mujer y vivir sin hogar: convivir con el miedo constante a que ocurra algo grave, sostener una lucha diaria contra la desesperanza y sentir, en ocasiones, que ya no quedan fuerzas para continuar. La angustia derivada de pensar en la economía o en la vivienda no es solo una preocupación material, sino un recordatorio persistente de vulnerabilidad. Todo ello configura un panorama emocional complejo y desgarrador, en el que la salud mental resulta profundamente afectada y en el que cada preocupación se entrelaza con las demás, multiplicando su impacto. Esta tabla es, por tanto, una ventana a ese cúmulo de cargas invisibles que soportan las mujeres sin hogar, y subraya la urgencia de respuestas integrales que contemplen no sólo sus necesidades materiales, sino también su bienestar psicológico y relacional.

Tabla 16. Incidencia de posibles síntomas de ansiedad o depresión

Ítem	Porcentaje
Se ha sentido muy preocupada por muchas cosas sin poder controlarlo	82,1%
Los problemas relacionados con la economía o la vivienda le generan malestar físico (dolor de cabeza, dolor al abdomen, dificultad para respirar, etc.)	79,9%
Se ha sentido menos interesada o motivada en actividades con las que antes disfrutaba	71,6%
Se ha sentido distante o aislada de otras personas	63,1%
Se ha sentido irritable, con ira, enfado o agresividad	62,3%
le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor	64,9%
Se ha sentido muy triste o deprimida	80,6%
Ha tenido miedo de que le pudiera pasar algo grave	71,6%
Ha sentido desesperanza con respecto al futuro	74,3%
Se ha sentido angustiada cuando pensaba en los problemas vinculados a la economía o a la vivienda	89,2%

En las entrevistas y en los grupos de discusión emergen expresiones sobre cómo las experiencias de violencia y discriminación inciden en los síntomas de ansiedad.

Este resultado está en línea con otros estudios desarrollados a nivel nacional, por ejemplo, FACIAM (2022) evidencia que “el deterioro de la salud mental es más elevado entre aquellas personas que afirman sentirse discriminadas muchas veces o constantemente, algo especialmente cierto en el caso de las mujeres” (p.28), es decir, la percepción de sentirse injustamente tratada y discriminada deteriora la salud mental.

Hay que subrayar que, en ocasiones, las mismas estrategias que las mujeres llevan a cabo para enfrentarse a los problemas de vivienda suelen transformarse en factores de riesgo para su salud mental: seguir conviviendo con una pareja maltratadora, aceptar propuestas sexuales a cambio de dinero o apoyo material; tolerar y normalizar relaciones de violencia y explotación. Así lo describe una de las mujeres entrevistadas:

“Mi pareja me tenía tan harta, celoso, maltratador, lo aguanté hasta que me dijo que yo tenía relaciones con mi propio hijo, de los celos que le daba verme con él.

Nos poníamos a ver la tele juntos con mi hijo en la cama, lo normal. Me hacía escenas y me decía que tenía relaciones con mi propio hijo. Hasta ahí llegó. (...) Yo cogí una vez un palo y yo le dije, yo acabo en la cárcel pero tú acabas en una silla de ruedas. Ahora si tú le pones orden de alejamiento no la puedes quitar. Los hombres tienen mucho arte, venga cariño que me arrepiento, quita la denuncia. Volví mil veces con él. Hasta que dije basta.” (ME07)

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS QUE AUMENTAN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN LAS MUJERES QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO?

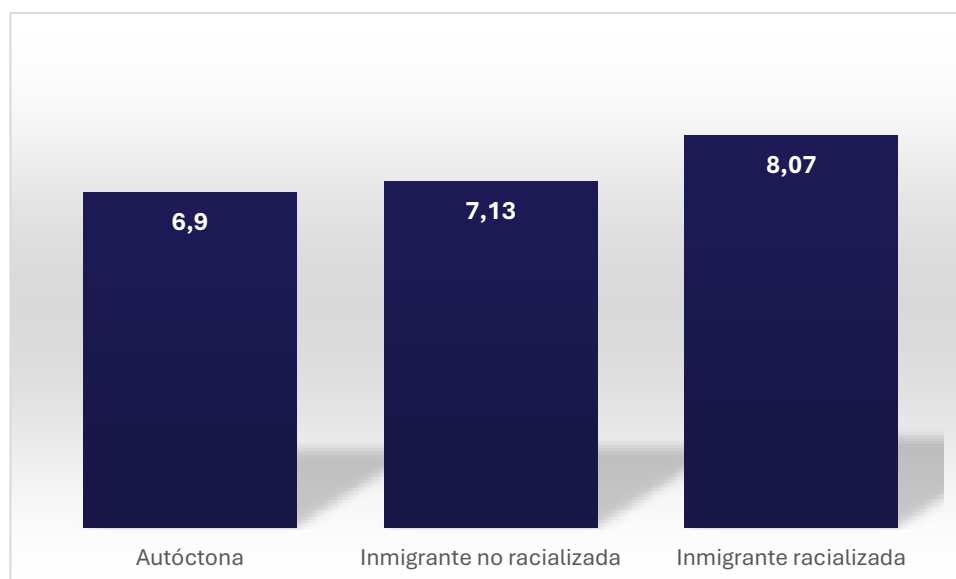
Analizando la combinación de las principales variables sociodemográficas podemos concluir que, si bien existen algunas diferencias según zona de residencia, grupos de edad, condiciones de sinhogarismo (categorías ETHOS), consumo de drogas, discapacidad, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Al contrario, la articulación del lugar de nacimiento con la categoría racial, sí arroja diferencias significativas.

Por ejemplo, en el siguiente gráfico se compara la media de “síntomas” que presentan las mujeres nacidas en España en situación de sinhogarismo, con la media de las mujeres migrantes no racializadas y la media de las mujeres migrantes racializadas. Como se puede apreciar las mujeres migrantes racializadas son las que presentan, en media, un mayor número de “síntomas” que podrían estar vinculados a problemas de ansiedad o depresión.

EL
71,6% **HA TENIDO MIEDO DE QUE LE PUDIERA PASAR ALGO GRAVE**

HA SENTIDO DESESPERANZA CON RESPECTO AL FUTURO **EL**
74,3%

Gráfica 26. Media del número de posibles síntomas relacionados con ansiedad y depresión según lugar de nacimiento y categoría racial



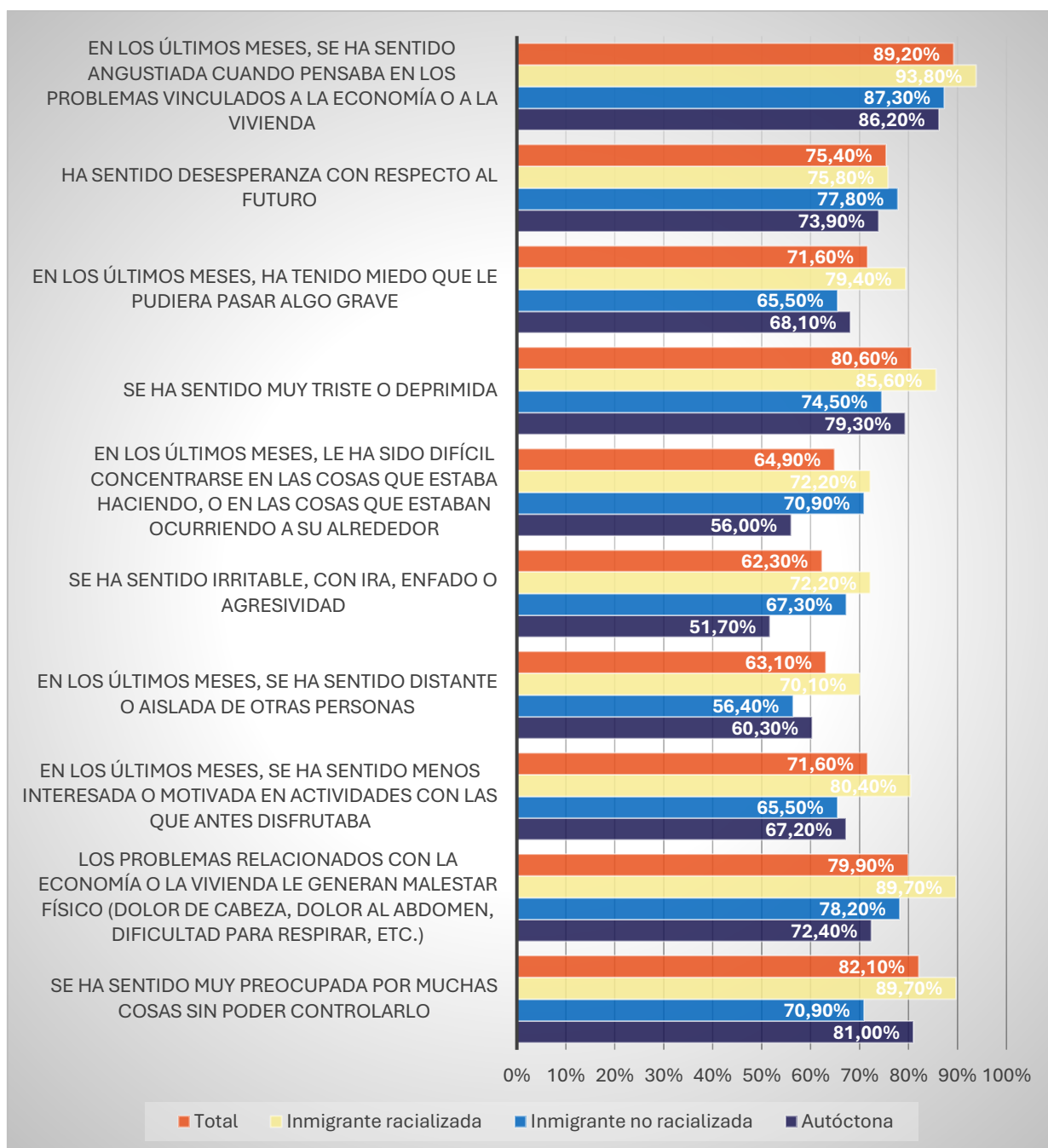
Así, una de las mujeres que participaron en el estudio, de origen venezolano, racializada, nos explicaba su proceso migratorio y las implicancias que esta situación tenía en su vida cotidiana, más allá de la situación administrativa.

“Yo llevo 6 años aquí y tengo 3 hijos. No tengo los papeles todavía por mala información. Me dijeron que no pida el asilo y con el miedo que tenía de haber vendido todo y venir con 5000 euros. Metí el arraigo y me puse a trabajar limpiando y limpiando. Aprendí sí, pero lo que necesito es un contrato. Y todavía no lo tenemos. (...) Cuido niños, limpio. Yo me asusto por todo, veo a la policía y lloro. Me han ayudado mentalmente. Lo que pasó, ya pasó. Me hubiese gustado haber pedido asilo. (...) Tenemos ayuda de alimentos pero hay meses que llegamos muy justito” (GD2-M08)

Otro tipo de análisis que se puede llevar a cabo para comprender las diferencias entre los distintos perfiles de mujeres es la comparación según cada uno de los diez ítems que conformaban el inventario de ansiedad/depresión.

En este caso también, en buena parte de los ítems, existe una diferencia significativa entre, por una parte, mujeres autóctonas y migrantes no racializadas y, por la otra, mujeres migrantes racializadas.

Gráfica 27. Incidencia de posibles síntomas de ansiedad o depresión según lugar de nacimiento y categoría racial

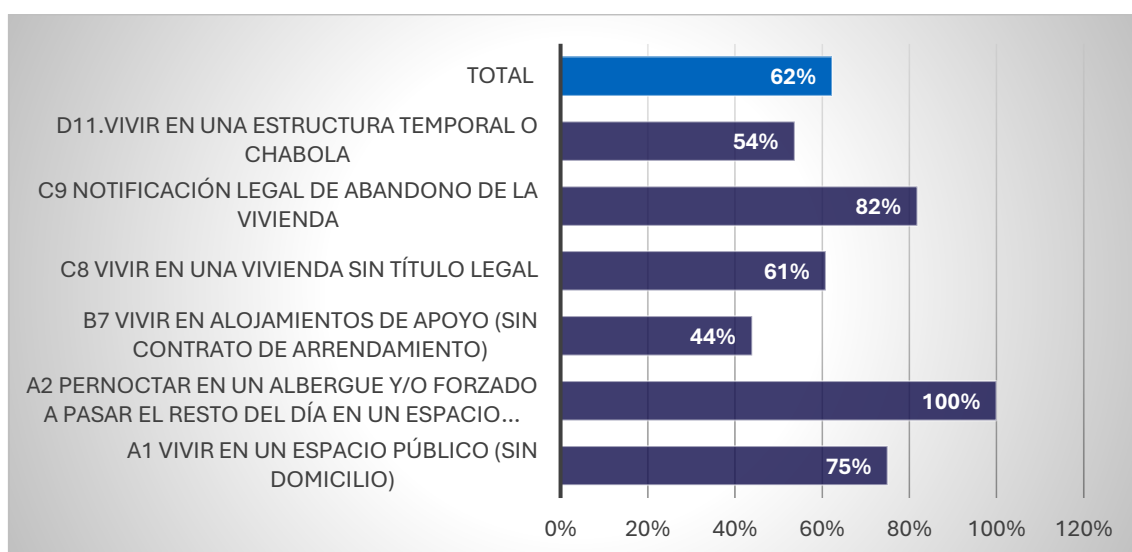


Los testimonios nos muestran que las mujeres migrantes racializadas, encuentran dificultades complejas, así encontramos el relato de una de las compañeras que participó en el estudio, negra, de origen colombiano, con un elevado nivel de malestar y con su salud mental muy afectada.

“Me he relacionado casi 15 años con enfermos mentales y nunca pensé que me iba a tocar estar a mí en esa situación. Yo antes acompañaba a los enfermos mentales a los servicios de salud y ahora que voy, me siento tan mal que me dan ganas de volverme invisible y que nadie me vea. Veo a las enfermeras que conozco y me cruzo, no quiero que me atiendan del equipo ECA porque los conozco a todos y conozco las carencias que hay. Es muy frustrante. Es muy horrible, yo muchas veces siento fobia y no quiero que me ingresen porque conozco todo por dentro. Yo no quiero ingreso, me muero antes”. (ME10)

En algunos ítems, otra variable que muestra diferencias significativas es la tipología ETHOS:

Gráfica 28. Porcentaje de mujeres que se ha sentido irritable, con ira, enfado o agresividad en la última semana según categoría ETHOS.



A la hora de interpretar estos datos, es importante destacar que la irritabilidad, el enfado, la agresividad no deben interpretarse como rasgos individuales aislados, sino como síntomas directamente vinculados al estado de alerta permanente que experimentan las mujeres en estas situaciones. La inseguridad cotidiana —exposición a la violencia, miedo a agresiones, falta de control del entorno, incertidumbre habitacional— activa de forma continuada los sistemas de alerta, generando respuestas emocionales intensas como la ira, el enfado o la irritabilidad. Este patrón podría ser coherente con sintomatología propia del trastorno de estrés postraumático complejo,

donde el estrés sostenido y la repetición de experiencias traumáticas erosionan la capacidad de regulación emocional. En este sentido, la elevada presencia de irritabilidad entre las mujeres en las categorías ETHOS más precarias no es un fenómeno circunstancial, sino la manifestación de un sufrimiento psicológico profundo asociado a la amenaza constante, la falta de protección y la vivencia continuada de riesgo.

Por ejemplo, las mujeres que pernoctan en un recurso alojativo declaran más frecuentemente que se han sentido irritables, con ira, enfado o agresividad. En los espacios de diálogo, una de las compañeras ha compartido su situación como usuaria del albergue municipal expresando:

“Porque ya no hace mucho, me han dado varios ataques de ansiedad seguidos claro, aquí tengo todavía un golpe que me di antes de ayer. Es que me tiro al suelo y me da por autolesionarme, no pego a nadie, me pego a mí misma, me autolesiono ¿por qué? Por la rabia, porque no veo solución por ningún lado y veo todo lo que está pasando allí, en el albergue y no puedo más”. (ME01)

También hemos podido compartir los relatos de mujeres que prefieren estar en calle o vivir en un coche, a acceder a ir a un recurso específico para personas que tienen problemas de salud mental. En este sentido, una de las mujeres entrevistadas nos decía:

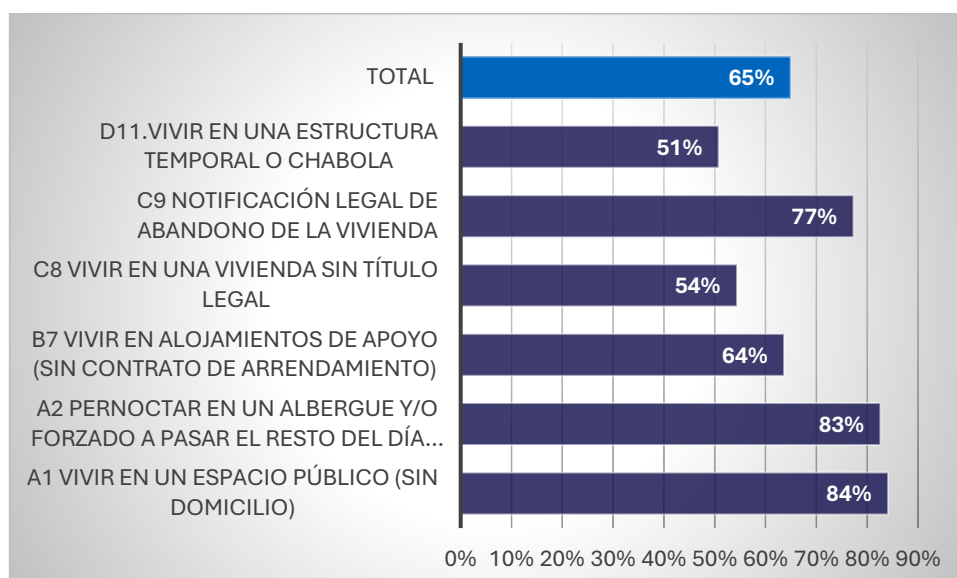
“Mira, yo te voy a decir una cosa, a veces hay gente en salud mental que la derivan a recursos, cuando ellas lo que realmente necesitan es estar tranquilas, en una casa, las han derivado para encontrarse con más personas y eso no es bueno. (...) A veces tú no necesitas solamente que te metan en un recurso con más personas, sino que necesitas tranquilidad, necesitas que te cuiden o cuidarte tú misma, ahí estás como que te obligan, vas a estar con más gente (...) Yo a veces cuando me da eso, sabes, me voy a mi casa tranquila porque solo estar con gente ya pienso que me voy a poner más nerviosa” (ME10)

Este testimonio evidencia cómo, para algunas mujeres en situación de sinhogarismo, los recursos colectivos no siempre ofrecen la contención emocional que necesitan y, en ocasiones, incluso intensifican su malestar. Su relato subraya la importancia de disponer de espacios seguros y de descanso individuales, donde puedan encontrar calma,

privacidad y la posibilidad de regular la sintomatología ansiosa sin la presión de convivir con otras personas cuando no se sienten en condiciones. La experiencia que revela que, en ciertos momentos, la protección no pasa por la mera presencia institucional, sino por garantizar condiciones que permitan recuperar la estabilidad emocional.

Las mujeres que están en situación de “sin techo” son las que han contestado más frecuentemente que les ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaban haciendo, y este dato resulta especialmente revelador si lo enlazamos con el impacto que tiene vivir en un estado de alerta permanente. No se trata únicamente de una distracción puntual, sino de un alto nivel de dispersión provocado por el estrés continuo, que afecta de manera directa a las capacidades cognitivas básicas. Cuando una mujer vive en la calle, la necesidad constante de vigilar su entorno, anticipar riesgos y protegerse de posibles agresiones o pérdidas genera una sobrecarga mental que merma la atención sostenida, la capacidad de planificar, de tomar decisiones meditadas o de valorar adecuadamente las consecuencias de sus actos.

Gráfica 29. Porcentaje de mujeres que, en la última semana, le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor según tipología ETHOS



Así, una de las mujeres entrevistadas, de origen venezolano, madre, en situación administrativa irregular, que pasó por momentos de pernocta en calle y que a la hora de la entrevista estaba viviendo en un recurso alojativo especial para mujeres, nos decía:



“Además, toda persona tiene derecho a la recreación, a salir. Yo no sé lo que es salir y tomarme un café, mi salida es para formarme o por una cita para trámites o médicos. Esas son mis salidas. Yo sé que tengo que esforzarme y no me puedo desviar más. Tengo que concentrar mi fuerza para seguir en mi lucha, homologar mis documentos y recuperarme porque me ha dado ansiedad, lo de mi hija, me ha dado ansiedad y con todo menos mal que no he perdido mi norte. Aunque me cuesta mucho concentrarme y siento que he ido bajando progresivamente, porque se me unieron muchas cosas, la menopausia todo se me unido ahorita, todo claro, comencé ahora, tengo dos meses que no me ha venido la menstruación y tú sabes que es horrible tener la menstruación y estar en la calle. Tener la menstruación, menos mal que yo me vestía mucho de negro, pero tener la menstruación y estar en la calle. Y con frío. Y dormir en un banco. Eso es difícil”.
(ME03)



RESPUESTAS REPARADORAS PARA LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO

1. Intervenciones globales, centradas en la salud física y mental

Los relatos de las mujeres que participaron del estudio, fueron dando pistas para configurar las características del enfoque de intervención del que ellas mismas forman parte. En este sentido hablamos de cuatro elementos: qué entendemos por salud, cómo valoramos la salud mental, qué respuestas se ofrecen ante un elevado nivel de malestar y donde se focalizan las causas.

El primer elemento, tanto en la intervención como en la descripción de lo que significa la salud, a partir de los testimonios de las mujeres entrevistadas podríamos plantear que los equipos técnicos y profesionales sanitarios, a la hora de hablar de salud, priorizan la salud física, dejando en un segundo plano la salud mental y el malestar psicológico y emocional.

Las mujeres entrevistadas relatan que muchas veces la fuerza y entereza que tienen que poner a las situaciones cotidianas, las hace obviar su elevado malestar mental, sin tenerlo en cuenta como un problema de salud, como se refleja en el testimonio de una de las mujeres participantes en los grupos:

“Yo estuve con el problema de salud de mi hijo y si no fuese porque Médicos del Mundo me sacó la tarjeta especial no sé qué hubiese hecho. Una trata de ser fuerte, pero a veces las circunstancias te desgastan, te enferman. Estando aquí murió mi padre. No pude verlo. Murió de repente. Un día me desperté nerviosa. Yo no sabía que me pasaba, estaba muy nerviosa y no sabía cómo hacer. Yo creo que me asusté de despertar tan nerviosa. No llegué a tomar tanta pastilla porque yo me dije, venga que es normal, tu padre murió y no pudiste verlo más que en una pantalla, te quedaste sin trabajo. Ahora está aquí mi hijo y mi marido pero no tenemos ingresos pero yo dije, bueno, Dios proveerá. Tengo que ser fuerte porque tengo una hija, tengo un hijo y tengo que salir adelante. Y pensé, tengo que sanar, tengo que sanar. Yo creo que todos los problemas y las enfermedades vienen de las emociones porque no canalizamos, no las controlamos y entonces

llega un punto donde nos enferma. Por más fuerte que seas te cansas. Te cansas. Son tantas cosas que te cansas. Porque es mucho. El acompañamiento es importante. Una trata de ser fuerte y haces todo para sobrevivir. Yo no me quejo porque nunca me ha faltado un plato de comida” (GD1-M05)

2. Dar respuesta a la llamada salud mental “no grave” asociada al malestar psicológico y emocional

Un segundo elemento que surge a partir del análisis de los relatos, es que en la mayoría de las situaciones descritas por las mujeres entrevistadas, la consideración de enfermedad mental (tanto por ellas mismas como por profesionales sanitarios) sólo está vinculada a la enfermedad mental grave, dejando en un segundo plano y por tanto invisibilizada, la enfermedad mental leve o los síntomas que se van naturalizando como el insomnio, el desgano, el miedo, la ansiedad y hasta las ganas de quitarse la vida.

Muchas mujeres, en sus discursos, refieren a que *“no pueden bajar los brazos, que tienen que seguir, que ellas en realidad están bien, que no están enfermas, que lo que les pasa no es nada, que con “verraquera” se sale para adelante”*. Así, lo vemos en una de las entrevistas realizadas:

“Yo con las preocupaciones no puedo dormir, pero al día siguiente sigo, tengo que salir adelante, pero pienso en mis hijos y sigo, eso sigue ahí, pero yo sigo. (GD02-M09)

3. Ofrecer espacios grupales terapéuticos frente a la medicalización, o no la medicalización como única respuesta.

Un tercer elemento es la respuesta que observamos ante las situaciones de enfermedad mental, que en muchos casos continúa priorizando la medicalización como vía casi exclusiva y situando la responsabilidad del malestar en el plano estrictamente individual. Esta lógica deja en un segundo plano otras formas de intervención igualmente necesarias, como la creación de espacios grupales terapéuticos donde las mujeres puedan compartir experiencias, elaborar duelos, expresar su sintomatología ansioso-depresiva y recibir apoyo emocional en un entorno seguro y acompañado. Además, este enfoque dominante invisibiliza la urgencia de promover respuestas más comunitarias,

basadas en el acompañamiento y el fortalecimiento de vínculos, que pueden resultar especialmente efectivas para quienes viven situaciones de aislamiento y vulnerabilidad extrema.

Al mismo tiempo, no se puede seguir ocultando la necesidad estructural de transformar las condiciones sociales y económicas que deterioran la salud: la precariedad, la ausencia de vivienda, la inseguridad constante y la violencia. Sin cambios en estos ámbitos, las intervenciones clínicas o farmacológicas quedan limitadas. De ahí la importancia de avanzar hacia un modelo integral que promueva entornos protectores y favorezca el bienestar de las mujeres en situación de sinhogarismo en la isla de Tenerife.

Unas de las mujeres que participó en uno de los grupos de discusión, comentaba en relación a la consulta médica:

“Es cierto que tienen tu historia clínica los médicos y se basan en eso, pero ni te palpan, no te tocan, te dicen toma esto y ya. Tú los ves fríos, nunca se han parado a hablar de mis problemas psicológicos” (GD2-M08)

Otra de las mujeres que participó en el estudio, nos relata con sorpresa una situación que refleja la contradicción del sistema de protección, al recibir una carta de la seguridad social, en la que le convocan a una revisión porque su incapacidad aún no es permanente y ella misma se ríe del encabezado de la carta:

“Es que me ha pasado una cosa que cuando yo recibí la resolución y yo leo, no había entendido todavía que tenía una incapacidad, que es una incapacidad permanente total, pero con una cita en Güímar para el 2024, diciendo que no es absoluta. Cómo se dice, no es algo definitivo. Pero como así si dice: incapacidad permanente total a la profesión.

Y la carta de la Seguridad Social que te dice que es la que me mata más, “pensando en su situación económica”. Digo ¿Cuándo han pensado en mi situación económica antes si lo único que hacen ellos es enviar la carta?” (ME10)

Así, destacamos algunos testimonios que ponen en valor la importancia del grupo, del apoyo mutuo, de contar con un espacio seguro donde conversar y sentir que otras

personas pueden estar pasando situaciones difíciles también, que nos pueden ayudar y que podemos ser de ayuda.

“Tú te pones en mi piel y yo me pongo en tu piel y al final tú dices, lo mío no es tan grave, mira a esta chica, lo mío es una tontería para lo que tiene esta mujer (risas). Yo pienso que cada persona tiene su tiempo y a mí lo que me pasó factura es que “pa, pa, pa, pa, pa” rápido, rápido, rápido. Y llega un momento que tú no puedes más. Y hasta te olvidas de quién eres tú” (ME10)

“Agradezco al grupo porque ha formado parte de mi vida últimamente y siento que escuchar los problemas de otras compañeras me hace bien y a veces me hace sentir que lo mío no es tan grave. Gracias a nosotras en general que nos escuchamos y estamos. Un día vamos a estar bien, otro día vamos a estar mal, así que aprovechemos los días que estamos bien para coger fuerza. Si podemos entender lo que nos pasa, emocionalmente, podemos curar también y es un proceso” (GD2-M08)

The background of the entire page is a repeating pattern of stylized birds, possibly doves, arranged in a grid. The birds are depicted in profile, facing right. The pattern is divided into two main color sections: a lighter purple on the left and a darker purple on the right. A horizontal white band is positioned across the middle of the page, containing the title text.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN



7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

En este capítulo final queremos plantear, por un lado, una síntesis de los principales resultados de nuestro estudio y por otro, algunas propuestas de intervención concretas, originadas de los aprendizajes que permitieron los análisis cuantitativo y cualitativo de esta investigación. Para empezar, consideramos que resulta fundamental superar definiciones del sinhogarismo que aparecen como restrictivas por estar asociadas particularmente a la pernocta en calle ya que estas definiciones, llevan a una infrarrepresentación de la cantidad de mujeres en situación de sinhogarismo, manteniendo en el imaginario colectivo, la idea que el sinhogarismo se reduce a un problema de hombres. Hemos aprendido que las mujeres suelen acceder a los recursos alojativos más tarde que los hombres, muchas veces luego de haber pasado por otras instancias habitacionales informales (dormir en casa de personas allegadas, vivir en el lugar de trabajo como empleadas de hogar internas, sostener vínculos violentos con parejas o familiares para mantener el lugar de residencia, vivir en clubes o pisos donde se ejerce la prostitución, etc.) llegando en muchos casos a los recursos, con un elevado nivel de malestar físico y emocional.

SÍNTESIS DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS

1. **Diferencias entre hombres y mujeres en situación de sinhogarismo en el acceso a la salud y en las condiciones de salud.** Del análisis de género de los datos secundarios disponibles en Tenerife de Cáritas Diocesana de Tenerife (2024b) y estudio sobre discriminación de personas migrantes, Buraschi, Oldano y Godenau, 2022) se pueden extraer las siguientes conclusiones:
 - a. Entre las mujeres en situación de exclusión residencial extrema existe una mayor incidencia de problemas de salud mental, en particular, problemas relacionados con la ansiedad y la depresión.

- b. Existe una mayor incidencia de problemas de salud específicos en las mujeres, como enfermedades que tienen mayor incidencia entre ellas y necesidades específicas de higiene personal.
- c. En cuanto a acceso al derecho a la salud si bien no hay diferencias significativas en cuanto a acceso a los servicios, la investigación disponible destaca el importante impacto negativo de la falta de adaptación de los servicios a las necesidades específicas de las mujeres en situación de sinhogarismo.
- d. Entre hombre y mujeres, además, existen diferencias significativas relacionadas con los motivos desencadenantes, siendo más frecuentes entre las mujeres los motivos relacionados con la falta de apoyo o la pérdida de apoyo social y la violencia (especialmente la violencia de género).
- e. Una de las diferencias más significativas entre hombres y mujeres en situación de sinhogarismo es la violencia: las mujeres en situación de sinhogarismo sufren experiencias de violencia que tienen un importante impacto en su salud, especialmente, su salud mental. Nuestro estudio evidencia una correlación significativa entre experiencias de violencia y salud mental y el último estudio de Cáritas Diocesana de Tenerife muestra que las mujeres, comparadas con los hombres, tienen una altísima incidencia de experiencias de violencia sexual.

2. Condiciones de salud de las mujeres en situación de sinhogarismo en Tenerife:

- a. La mayoría de las mujeres considera que tiene un mal estado de salud (62%), en particular, las mujeres con un perfil ETHOS A.
- b. El 77,5% considera que su salud ha empeorado desde que está en situación de sinhogarismo. Esta percepción afecta especialmente a las mujeres en situación administrativa irregular, entre las cuales el 92,7% considera que su salud ha empeorado.
- c. El 57,1% de las mujeres tienen alguna enfermedad crónica, en particular enfermedades relacionadas con problemas articulares o musculares (23,9%) y ansiedad crónica (21,6%). Las enfermedades crónicas más

frecuentes están directamente vinculadas a las condiciones de vida relacionadas con el sinhogarismo. Hay algunas enfermedades que afectan significativamente más a determinados perfiles ETHOS: la ansiedad y la depresión afectan más a las mujeres en situación de calle, que pernoctan en un albergue o están viviendo en un alojamiento de apoyo. También la edad avanzada es un factor predictivo de las enfermedades crónicas

- d. Las mujeres en situación de calle son las que tienen mayores dificultades para tener acceso a la comida (59,1%) y que tienen problemas para asearse (95,5%).
- e. La mayoría de las mujeres tienen problemas para conciliar el sueño (66,4%).
- f. El 14,2% tiene discapacidad física y el 13,4% tiene discapacidad intelectual (cognitiva o problemas diagnosticados vinculados).
- g. El 33,6% de las mujeres encuestadas consume algún tipo de droga (no se contabiliza el tabaco). También en este caso la categoría ETHOS es una de las variables más predictivas, siendo las mujeres en situación de calle (A1) y las que viven en estructuras temporales (D11) las que mayores problemas de problemas de consumo de sustancias tienen. La sustancia más consumida es el alcohol, seguida del cannabis y de los opiáceos.

3. Acceso al derecho a la salud

- a. Una cuarta parte de las mujeres que han participado en el estudio no tiene tarjeta sanitaria, en particular las mujeres en situación de calle (47,7%), mujeres en situación administrativa irregular (55,4%). El mismo perfil de mujeres ha tenido problemas para ser atendida en los servicios sanitarios.
- b. También las mujeres en situación de calle y las mujeres sin permiso de residencia (63%) tiene problemas para acceder a los medicamentos.
- c. No tener tarjeta sanitaria es el principal motivo que conlleva dificultades para acceder a centros de salud y hospitales, sin embargo, en el caso de las mujeres en situación administrativa irregular se suman otros factores

que hay que tener en cuenta como experiencias de discriminación institucional en el ámbito sanitario.

4. Experiencias de violencia

- a. En general, la mayoría de las mujeres han sufrido experiencias de violencia, un tipo de violencia que está estrechamente relacionado al género.
- b. La violencia (social e institucional) es una experiencia cotidiana de las mujeres, sin embargo, el análisis cuantitativo y cualitativo interseccional, evidencia importantes diferencias según los perfiles.
- c. La necesidad de practicar la mendicidad afecta mucho más a las mujeres mayores de 60 años y a las mujeres con discapacidad física.
- d. La discriminación en los servicios públicos afecta especialmente a las mujeres en situación administrativa irregular.
- e. Los insultos y las vejaciones son una experiencia más frecuente entre las mujeres migrantes racializadas especialmente si están en situación de calle.
- f. La sexualización, verse obligada a prostituirse, sufrir violencia sexual recibiendo propuestas sexuales a cambio de dinero, ayuda o apoyo material afecta mucho más a las mujeres jóvenes racializadas.
- g. La violencia sexual afecta más a las mujeres en situación de calle que, además, consumen drogas.

5. Impacto de la situación de sinhogarismo en la salud mental de las mujeres:

- a. La gran mayoría de las mujeres encuestadas evidencia tener indicios de problemas de salud mental vinculados con la ansiedad, la depresión y el estrés post-traumático. En este estudio no se puede hacer un diagnóstico, pero sí evidenciar una incidencia de síntomas que, en su conjunto, demuestra el gran impacto del sinhogarismo en la salud mental.
- b. Todos los perfiles de mujeres evidencian un importante malestar psicológico, sin diferencias sociodemográficas significativas.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Los aprendizajes generados en este estudio nos permiten plantear un enfoque amplio del sinhogarismo femenino que, sin tener la pretensión de ser concluyente, ofrece un decálogo de herramientas de intervención que entendemos, puede aportar elementos para avanzar hacia una atención sociosanitaria a personas en situación de sinhogarismo, con perspectiva de género, con especial foco en las mujeres, con perspectiva interseccional y enfoque de derechos.

- 1) **Enfoque de género.** En línea con la perspectiva de trabajo que ya se está desarrollando desde Médicos del Mundo, reafirmamos la necesidad de fortalecer intervenciones que no se presenten “ciegas o de espalda al género”, que tengan en cuenta que mujeres y hombres en situación de sinhogarismo, viven experiencias y tienen necesidades diferenciadas.
- 2) **Enfoque interseccional.** El presente estudio ha evidenciado la importancia del enfoque interseccional a la hora de comprender las dinámicas de violencia y exclusión y su impacto en la salud. En particular, los resultados de este informe evidencian la importante interacción de variables como el género, el sinhogarismo y la autocategorización racial. Desde un punto de vista de la intervención social esto implica integrar una perspectiva antirracista en la intervención que evite una mirada que, en el caso de las mujeres migrantes, se centre en aspectos estrictamente administrativos o jurídicos, invisibilizando el impacto que puede tener la experiencia migratoria y el racismo en la salud mental. En este sentido, es importante formar a los equipos técnicos en las implicancias psicológicas de la experiencia migratoria, los duelos, pérdidas, posibles traumas y factores estresantes que pueden elevar el nivel de malestar y afectar la salud mental, desde un enfoque antirracista.
- 3) **Recursos específicos para mujeres.** A pesar de que las mujeres en situación de sinhogarismo son menos que los hombres, los relatos de las mujeres nos llevan a considerar la necesidad de diseñar recursos residenciales específicos para

mujeres reconociendo, además, que usualmente ellas presentan mayores cargas emocionales y que existe una alta incidencia de casos de violencia de género entre las mujeres en situación de sinhogarismo que hace que muchas veces, no se sientan seguras al compartir espacios residenciales con hombres. En el caso de los recursos residenciales para hombres y mujeres, también se considera recomendable contar con espacios no mixtos que ofrezcan seguridad y posibilidad de cuidado.

4) **Visibilizar situaciones residenciales precarias como estrategia de prevención.**

Es necesario articular mecanismos de prevención del sinhogarismo femenino, que apunte a tener en cuenta que la presencia de mujeres en situaciones residenciales precarias, temporales, muchas veces inseguras por ser espacios compartidos con otras personas (como son pisos o clubes de prostitución, casas donde las mujeres trabajan internas en el servicio doméstico, habitaciones compartidas con conocidos o desconocidos de poca confianza) situaciones que en ocasiones ponen en riesgo su integridad física y psicológica, representando el paso previo y muchas veces invisibilizado, que finalmente les lleva a una situación de pernocta en calle.

5) **Violencia de género.** Es fundamental reconocer las situaciones de violencia de género (física, psicológica y económica) como un factor desencadenante claro en el sinhogarismo femenino. Los relatos explican la fuerte relación que existe entre las experiencias de violencia de género en alguna etapa de la vida de las mujeres y la situación de sinhogarismo. Además, encontramos que la dependencia económica de las mujeres también es un elemento para tener en cuenta, principalmente porque está vinculado a un nudo crítico de la desigualdad de género que es la división sexual del trabajo que ubica tradicionalmente a las mujeres en el trabajo reproductivo y a los hombres en el trabajo productivo, agudizando la vulnerabilidad de las mujeres que se encuentran en exclusión residencial.

6) **Carga de cuidados feminizada.** Reconocer las especificidades de las mujeres madres en situación de sinhogarismo, que asumen mayoritariamente solas la carga de cuidados de sus hijos/as. En este sentido, el estudio nos abre la puerta a nuevas indagaciones que tienen que ver con el rol de las madres en situación

de sinhogarismo, una situación fuertemente estigmatizada porque infringe los mandatos y roles socialmente asignados de género. En el estudio encontramos realidades de mujeres madres en situación de exclusión residencial que necesitan ser abordadas desde un enfoque interseccional: mujeres con hijos/as a cargo, mujeres separadas de sus hijos/as, por quitarles la custodia, por estar sus hijos/as al cuidado de algún familiar y en el caso de mujeres migrantes, por estar sus hijos/as en el país de origen y también reconocemos la presencia de mujeres en situación de exclusión residencial que están embarazadas.

- 7) **Espacios cuidados y participativos de intervención.** El trabajo con mujeres en situación de sinhogarismo necesita un enfoque flexible e individualizado que promueva espacios cuidados de trabajo estableciendo relaciones de confianza con los equipos profesionales. El enfoque de *housing first*, es decir el modelo de abordaje del sinhogarismo que propone un cambio en la lógica de intervención para ir de un modelo escalonado (o en escalera) donde el acceso a la vivienda resulta el objetivo, a un modelo diferente donde la vivienda es el paso inicial para resolver la situación de exclusión residencial, trae también como aprendizaje la importancia de la participación activa de las personas en situación de sinhogarismo en el diseño y gestión de los recursos alojativos. Una de las cuestiones que se destacan en este enfoque, es que las personas son expertas en sus propias vidas y desde esa experticia se pueden superar modelos paternalistas de acompañamiento. En el caso de las mujeres, su participación en este sentido cuestiona las narrativas que las posicionan como víctimas y receptoras de ayuda, para ubicarlas en un lugar de participación, poniendo en valor su capacidad de agencia y sus potencialidades.
- 8) **Creación de grupos de apoyo mutuo entre mujeres.** La creación de grupos de apoyo mutuo entre mujeres representa una herramienta de gran potencial para fortalecer vínculos relacionales y crear redes de contención. La configuración de espacios de apoyo mutuo puede tener un impacto positivo en la sensación de pertenencia y también en la salida del aislamiento y la soledad que muchas veces las mujeres refieren en sus relatos.
- 9) **Investigación y formación sobre sinhogarismo femenino.** El sinhogarismo femenino es una realidad que, a pesar de algunos avances, sigue invisibilizada en

la investigación y en los espacios de capacitación técnica. Consideramos que un aspecto esencial es definir instrumentos y procedimientos de recogida de datos que permitan visibilizar la interseccionalidad de las dinámicas de exclusión (recogiendo, por ejemplo, datos sobre la autocategorización racial) y las condiciones de salud mental de las mujeres que son acompañadas en los proyectos desarrollados por Médicos del Mundo como, por ejemplo, la utilización de inventarios de ansiedad, depresión o estrés post-traumático.

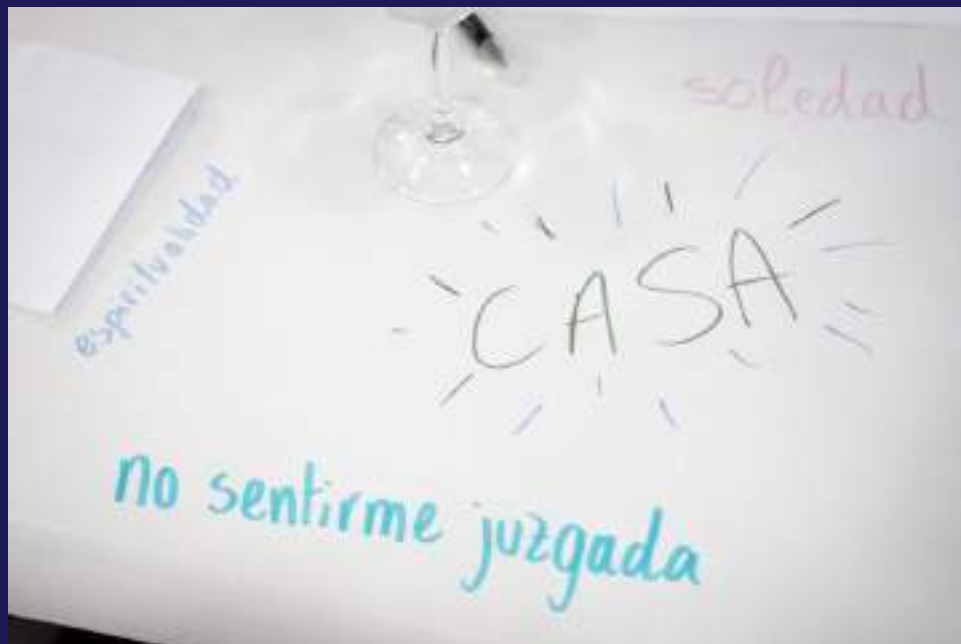
- 10) **Canales formales y establecidos de coordinación y trabajo en red.** Resulta de gran utilidad el establecimiento de canales formales de coordinación entre entidades del tercer sector e instituciones públicas que trabajen con mujeres en situación de sinhogarismo, especialmente en los momentos en que las mujeres dejan los recursos y necesitan acompañamiento.

Resulta fundamental seguir investigando sobre este tema, comprender las estrategias a nivel global, pero reconocer, en este caso, las particularidades que tiene la isla de Tenerife, lo que nos lleva a insistir en la urgencia de abordar la problemática desde una mirada local y por tanto subrayar la necesidad de un compromiso presupuestario, político e institucional para afrontar la situación de las personas en exclusión residencial extrema. Reconocemos que las propuestas de intervención concretas siempre deben tener presente que las causas de la exclusión residencial han de ser abordadas también con un enfoque estructural, que comprenda la necesidad de incidir en el contexto del mercado de la vivienda, del acceso a un empleo digno, de una organización social sensible a los cuidados y de una política migratoria antirracista, humanizada y coherente con los derechos fundamentales de las personas.



The background of the entire page is a repeating pattern of stylized birds, possibly pigeons, arranged in a grid. The birds are depicted in profile, facing right. The pattern is divided into two vertical sections: the left section has a lighter, muted purple background with white bird outlines, and the right section has a darker, deep blue background with light blue bird outlines. A horizontal white band is positioned across the middle of the page, containing the title.

GLOSARIO



8. GLOSARIO

Autocategorización racial Proceso mediante el cual una persona se identifica y se clasifica a sí misma dentro de una categoría racial, según su percepción personal, historia familiar y experiencia social. Permite visibilizar cómo la raza es una construcción social que tiene efectos materiales en las trayectorias vitales y de salud.

Determinantes sociales de la salud. Condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en el estado de salud de las personas (ingresos, vivienda, redes de apoyo, educación, empleo, etc.) y que generan desigualdades evitables.

Discriminación institucional. Prácticas, normas u omisiones dentro de las instituciones que reproducen desigualdades y dificultan el acceso equitativo a derechos y servicios básicos.

Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). Marco de análisis y acción que sitúa los derechos humanos como eje central de las políticas públicas, la investigación y la intervención social, reconociendo a las personas como titulares de derechos y no como beneficiarias de asistencia.

ETHOS. La tipología ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) es un marco elaborado por FEANTSA (Federation of National Organisations Working with the Homeless) para definir y clasificar el sinhogarismo de forma amplia y comparable en Europa. Parte de la idea de que el sinhogarismo ocurre cuando falla el acceso a un espacio físico adecuado, un espacio social privado y/o una seguridad legal de la tenencia. Con estos criterios, ETHOS distingue cuatro grandes situaciones —sin techo, sin vivienda, vivienda insegura y vivienda inadecuada—, ofreciendo una visión más completa para la investigación, el diagnóstico y el diseño de políticas.

	Categoría operativa		Situación residencial	
A. Sin techo	1	Viviendo en un espacio público (a la intemperie)	1.1	Espacio Público y exterior
	2	Duermen en un refugio nocturno y/o pasan varias	2.1	Albergue o refugio nocturno

		horas al día en un espacio público		
B. Sin vivienda	3	Personas que viven en albergues y centros para gente sin hogar	3.1	Albergues y centros de alojamiento
			3.2	Alojamiento temporal y de tránsito
			3.3	Alojamiento con apoyo
	4	Personas en albergues para mujeres	4.1	Albergues para mujeres (solas o con hijos)
	5	Personas en centros de alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes	5.1	Alojamiento temporal / Centros de recepción
			5.2	Alojamientos para trabajadores temporeros
	6	Personas que en un plazo definido van a ser despedidas de instituciones residenciales o de internamiento	6.1	Instituciones penales (cárceles)
			6.2	Instituciones sanitarias (hospitales, etc.)
			6.3	Centros de menores
	7	Personas que reciben alojamiento con apoyo sostenido debido a su condición de personas sin hogar	7.1	Residencia para personas sin hogar mayores
			7.2	Vivienda tutelada y con apoyo a largo plazo para personas anteriormente sin hogar
C. Vivienda insegura	8	Personas viviendo en un régimen de tenencia	8.1	Viviendo acogidos por familiares

		inseguro. Sin pagar alquiler	8.2	Sin tenencia legal (Ej: subalquilados)
			8.3	Ocupación ilegal
	9	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio	9.1	En régimen de alquiler
			9.2	Con la vivienda en propiedad
	10	Personas que viven bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia	10.1	Con denuncias presentadas ante la policía
D. Vivienda inadecuada	11	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales	11.1	Caravanas y similares (vehículos)
			11.2	Edificaciones no pensadas para que residan personas
			11.3	Estructuras temporales
	12	Alojamiento impropio	12.1	Edificio ocupado que no es apropiado para vivir en él
	13	Hacinamiento extremo	13.1	Muy por encima de los estándares habituales que marcan el hacinamiento

Exclusión residencial extrema. Situaciones en las que una persona carece de vivienda adecuada, estable o segura, incluyendo vivir en la calle, en albergues, en alojamientos temporales o en espacios no destinados a la habitabilidad.

Feminización de la pobreza. Tendencia estructural que muestra cómo las mujeres, en mayor proporción que los hombres, se encuentran en situaciones de pobreza por factores como la brecha salarial, los cuidados no remunerados o la precariedad laboral.

Interseccionalidad. Enfoque que analiza cómo distintas formas de desigualdad (género, clase, raza, orientación sexual, estatus migratorio, etc.) se articulan y generan experiencias específicas de discriminación o vulnerabilidad.

Invisibilidad social. Mecanismo por el cual determinados grupos —como las mujeres sin hogar— son ignorados o marginados en las representaciones mediáticas, las estadísticas o las políticas públicas, dificultando su reconocimiento como sujetas de derechos.

Metodología mixta. Estrategia de investigación que combina técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener una comprensión más completa y profunda de los fenómenos estudiados.

Personas racializadas. Personas que, dentro de un contexto social determinado, son percibidas y tratadas como pertenecientes a un grupo racial diferente al dominante, lo que puede situarlas en situaciones de discriminación o desigualdad.

Personas sin hogar. La Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) (2007) define a las personas sin hogar como: “Aquellas personas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma”.

Racismo estructural. Sistema de desigualdades basado en la raza o el origen étnico que se reproduce a través de leyes, instituciones y prácticas sociales, afectando el acceso a derechos fundamentales como la salud, la vivienda o el empleo.

Racialización. Proceso social mediante el cual se atribuyen características, valores o estigmas a grupos de personas en función de su apariencia o ascendencia, generando jerarquías raciales. Es un mecanismo central de exclusión en contextos migratorios y de sinhogarismo.

Red de apoyo social. Conjunto de relaciones personales, familiares, institucionales o comunitarias que proporcionan recursos materiales y emocionales. Su ausencia agrava las situaciones de exclusión residencial y deterioro de la salud.

Salud mental. Estado de bienestar emocional, psicológico y social que influye en la forma en que pensamos, sentimos y actuamos, así como en la capacidad para afrontar el estrés y relacionarnos con otras personas.

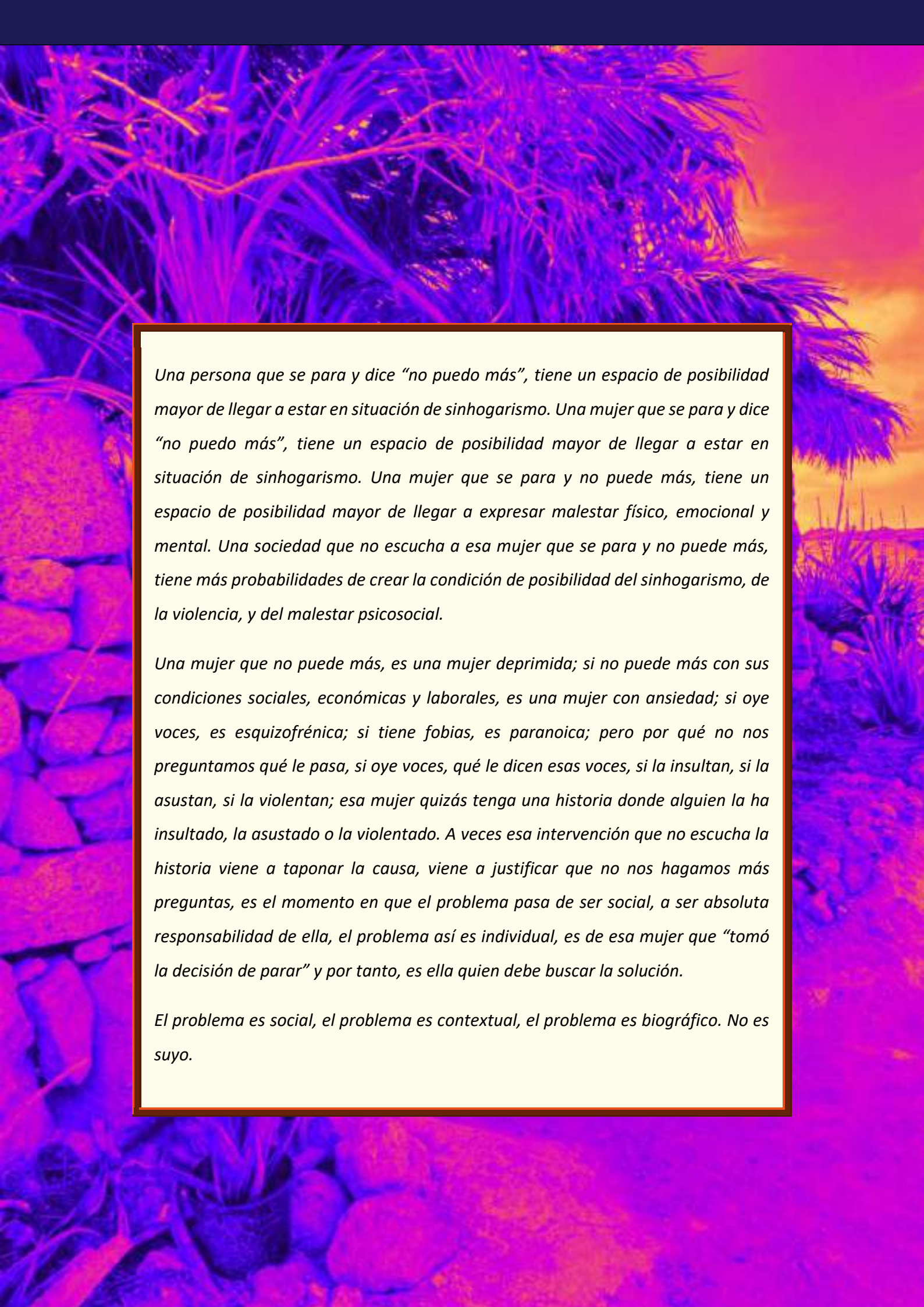
Situación administrativa irregular: Condición jurídica de las personas migrantes que no cuentan con autorización de residencia o trabajo, lo que limita su acceso a derechos, servicios y oportunidades básicas.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Abadía, C. I. P. (2022). *Mujer, sinhogarismo y violencia: Un análisis desde la Teoría Fundamentada de las experiencias de mujeres vulnerables en Madrid* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid).
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1990). *Beck anxiety inventory manual*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1987). *Beck depression inventory manual*. Psychological Corporation.
- Bee Nchama, M., Manzano, J., Pajunen, M. G., y Zhang Yim, J. I. (2025). *Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España*. *Revista Española de Salud Pública*, 99, e202511071.
- Buraschi, D., y Aguilar-Idáñez, M. J. (2021). *El síndrome de deportabilidad. Un efecto del racismo institucional*. Documentos del IICSA. <https://institutoicisa.com/publicaciones>
- Buraschi, D., Oldano, N. y Godenau, D. (2022). *Experiencias de discriminación de las personas migrantes en Tenerife*. Cabildo de Tenerife.
- Calvo, F., Turró Garriga, O., Solench-Arco, X., y Lorenzo-Aparicio, A. (2020). ¿Qué pasó con las personas en situación de sinhogarismo durante el confinamiento? Estudio sobre la percepción de profesionales sobre las medidas tomadas ante el estado de alarma por el COVID-19. *RES: Revista de Educación Social*, 31(1), 1-31.
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2021). *Las personas en situación de exclusión residencial extrema en Tenerife*. Cáritas Diocesana de Tenerife.
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2022). *Exclusión residencial extrema en Tenerife en tiempos de COVID*. Cáritas Diocesana de Tenerife.
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2023). *Exclusión residencial extrema en Tenerife en tiempos. Post- COVID*. Cáritas Diocesana de Tenerife.
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2024a). *Exclusión Residencial Extrema en la isla de Tenerife, Contexto de emergencia social sobre la vivienda*. Cáritas Diocesana de Tenerife.
- Cáritas Diocesana de Tenerife (2024b). *Mujeres y exclusión social, segundas en la sociedad, primeras en la exclusión social*. Cáritas Diocesana de Tenerife.

- Díez, J. A., Buraschi, D. y Peñate, Ú. (2023). "Sinhogarismo: el punto ciego del estado de bienestar durante la crisis del Covid-19". *Arxius de Ciències Socials*, 48, <https://10.7203/acs.48.27472>
- FACIAM (2022). *Más allá de la vivienda. Salud mental y sinhogarismo*. FACIAM
- Fernández-Rasines, P., y Gámez-Ramos, T. (2013). La invisibilidad de las mujeres sin hogar en España. *Revista de Psicología*, 22(2), 42-52.
- Galán Sanantonio, A., Botija Yagüe, M., Caravantes López de Lerma, G. M., y Gallén Granell, E. (2022). Objetivos del desarrollo sostenible, mujeres y sinhogarismo. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 2022, vol. 128, p. 63-70.
- Guerrero, P. P. (2022). El sinhogarismo desde una perspectiva de género. Especial referencia a las experiencias de violencia a lo largo de la vida. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, (27).
- Guilarte, M. P., y Marañillo-Castillo, L. (2022). Invisibles, vulnerables, pero resilientes: Mujeres migrantes en situación de sinhogarismo y estrategias de supervivencia femeninas. *Feminismo/s*, (40), 305-335.
- Hill Collins, P. y Bilge, S. (2021). *Interseccionalidad*. Morata.
- Lorente Acosta, M., del Castillo, L., Montero Alonso, M.A., y Badenes Sastre, M. (2022). Impacto de la pandemia por Covid-19 en la violencia de género en España. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España y Universidad de Granada.
- Matulic Domandzic, M. V., Munté i Pascual, A., y Vicente Zuera, I. D. (2020). Sinhogarismo Femenino: Una aproximación a la intersección entre género, edad y procesos migratorios. *Research on Ageing and Social Policy*, 2020, vol. 8, num. 1, p. 57-85.
- Pardo, A. A., Ramírez, J. P., y Martínez, A. I. (2020). Mujeres sin hogar en España: Narrativas sobre género, vulnerabilidad social y efectos del entramado asistencial. *OBETS: Revista de Ciencias Sociales*, 15(2), 375-404.
- Penya i Guilarte, M. y Marañillo-Castillo, L. (2022). Invisibles, vulnerables, pero resilientes: Mujeres migrantes en situación de sinhogarismo y estrategias de supervivencia femeninas. *Feminismo/s*, 40, 305-335. <https://doi.org/10.14198/fem.2022.40.13>
- Peña Valderrama, S. (2023). Actuaciones clave en la intervención con mujeres en

situación de exclusión residencial y sinhogarismo. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria*= *Revista de servicios sociales*, (81), 29-45.



Una persona que se para y dice “no puedo más”, tiene un espacio de posibilidad mayor de llegar a estar en situación de sinhogarismo. Una mujer que se para y dice “no puedo más”, tiene un espacio de posibilidad mayor de llegar a estar en situación de sinhogarismo. Una mujer que se para y no puede más, tiene un espacio de posibilidad mayor de llegar a expresar malestar físico, emocional y mental. Una sociedad que no escucha a esa mujer que se para y no puede más, tiene más probabilidades de crear la condición de posibilidad del sinhogarismo, de la violencia, y del malestar psicosocial.

Una mujer que no puede más, es una mujer deprimida; si no puede más con sus condiciones sociales, económicas y laborales, es una mujer con ansiedad; si oye voces, es esquizofrénica; si tiene fobias, es paranoica; pero por qué no nos preguntamos qué le pasa, si oye voces, qué le dicen esas voces, si la insultan, si la asustan, si la violentan; esa mujer quizás tenga una historia donde alguien la ha insultado, la asustado o la violentado. A veces esa intervención que no escucha la historia viene a taponar la causa, viene a justificar que no nos hagamos más preguntas, es el momento en que el problema pasa de ser social, a ser absoluta responsabilidad de ella, el problema así es individual, es de esa mujer que “tomó la decisión de parar” y por tanto, es ella quien debe buscar la solución.

El problema es social, el problema es contextual, el problema es biográfico. No es suyo.