

VIOLENCIA ESTRUCTURAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA: BUROCRACIA, PRECARIZACIÓN Y EL TERRITORIO SALUD

STRUCTURAL VIOLENCE IN OBSTETRIC CARE: BUREAUCRACY, PRECARIOUSNESS, AND THE HEALTH TERRITORY

Alejandra Rodríguez Torres*
<https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

Fecha de entrega: 11 de febrero de 2025

Fecha de aceptación: 23 de febrero de 2026

Resumen

La violencia obstétrica ha sido un fenómeno al alza tanto cualitativa como cuantitativamente. Existen diversas acciones que buscan erradicarlas y la gran mayoría asume que el principal conflicto se encuentra en la interacción entre los servidores públicos/profesionales de la salud y las pacientes/familiares. Si bien se ha investigado sobre las manifestaciones presentes en la violencia obstétrica (verbales, físicas, psicológicas) y algunos mecanismos que la alimentan como *el habitus* o patrones culturales, poco se ha estudiado sobre la violencia estructural que no solo alimenta sino retroalimenta y reproducen ciertos patrones de violencia que de no ser transformados perpetuarán este fenómeno y cada día se magnificará a medida que la demanda se incrementa. El presente ensayo propone un análisis a tres categorías que son determinantes en los procesos de atención de las mujeres durante la

* Médica Cirujana, Maestra en Sociología de la Salud, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Posdoctorado en Antropología Social. Profesora asignatura Universidad Autónoma del Estado de México. Coordinadora de Posdoctorado en Salud Colectiva Universidad de los Lagos Chile. Contacto: alededfra2013@gmail.com

maternidad: la burocratización, la precarización en la atención y el territorio de la salud; los cuales emergen como trasfondo a los problemas de violencia obstétrica. La incorporación de esta triada en el análisis de la violencia obstétrica debe abrir el debate sobre los cambios estructurales, conceptuales y materiales necesarios para atender los problemas de las violencias en los diferentes contextos, entendiendo la interrelación con diferentes determinantes sociales, no solo con la intención de describirlos sino de transformarlos.

PALABRAS CLAVE: *violencia obstétrica, atención obstétrica, violencia estructural*

ABSTRACT

Obstetric violence has been a rising phenomenon both qualitatively and quantitatively. There are various actions that seek to eradicate them, the vast majority assume that the main conflict is found in the interaction between public servants/health professionals and patients/relatives. Although there has been research on the manifestations present in obstetric violence (verbal, physical, psychological) and some mechanisms that feed it such as habitus or cultural patterns, little has been studied on the structural violence that not only feeds but also feeds back and reproduces certain patterns of violence that, if not transformed, will perpetuate this phenomenon and will magnify every day as demand increa-

ses. For this analysis, three categories of analysis are proposed: the bureaucratization of care, the precariousness of care, and the health territory. The incorporation of this triad in the analysis of obstetric violence should open the debate on the structural, conceptual and material changes necessary to address the problems of violence in different contexts, understanding the interrelationship with different social determinants, not only with the intention of describe them but transforming them.

KEYWORDS: *Obstetric Violence, Obstetric Care, Structural Violence*

1 INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es el resultado de acciones, conductas, omisiones, abuso de poder, apropiación institucional, medicalización, patologización y pérdida de autonomía sobre los procesos naturales y reproductivos de las mujeres afectando negativamente la forma de vivir el embarazo, parto y puerperio. En 2007, Venezuela se convirtió en el primer país del mundo en impulsar una legislación dirigida a enfrentar la violencia obstétrica, posteriormente se le sumaron otros países como Argentina (2009), Panamá (2013), México (2014), Brasil y Uruguay (2017) (Bellón, 2015; Díaz y Fernández, 2018). Pese a que México se encuentra en esta lista, varios estudios de corte cualitativo señalan que el tema se encuentra ausente en las políticas de calidad de los servicios de salud. Según

reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2021), 31.4 % de las mujeres atendidas en México, cinco años previos a su publicación, sufrieron de maltrato en la atención obstétrica, siendo los estados de mayor prevalencia los de localización central y de menor prevalencia de localización hacia el sur del país. Esto tiene una descripción territorial importante ya que los estados del centro cuentan con mayor cantidad de accesos y servicios de salud, pero también con una mayor densidad poblacional, mientras que los estados del sur tienen una menor densidad poblacional, pero los recursos en salud y los accesos son más limitados, incluyendo el ingreso per capital y el nivel educativo; sumado a esto las mujeres del sur carecen además del recurso de la denuncia o demanda para evidenciar estos actos. Dentro de las primeras manifestaciones de violencia se encuentran los regaños y la urgencia por establecer un método de planificación familiar, pasando por diferentes formas de violencia psicológica y verbal e incluso llegando a la violencia física.

Esto contrapone lo señalado por las políticas públicas, las guías de las buenas prácticas, las normas oficiales sobre garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, incluyente a fin de reducir morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La maternidad se concibe para las instituciones en salud como un hecho biológico, patologizado, institucionalizado y despersonalizado,

alejándolo de los procesos socioculturales, la experiencia personal, de pareja y familiar. De esta manera, los sistemas de salud reproducen un modelo patriarcal, deshumanizando a la mujer y viéndola como un objeto de reproducción y no como un sujeto pleno de derechos, ejerciendo dominación y control sobre el cuerpo y los procesos reproductivos.

Las mujeres siguen pariendo en la calle, en la entrada de los hospitales, en transportes públicos, y mueren por no contar con una respuesta inmediata y eficaz cuando hay complicaciones obstétricas. La falta del acceso, los maltratos, la respuesta ineficaz ante las necesidades obstétricas son consideradas acciones que violentan los actos de atención obstétrica... “Araceli de 14 años que vive al sur acudió al hospital con trabajo de parto y le negaron el acceso le indicaron esperar en la calle y fue auxiliada hasta que se percataron que el bebé había muerto...” (Infobae, 2022). Este tipo de notas periodísticas muestran solo una parte del conjunto de violencias implicadas en la maternidad, ¿niña de 14 años embarazada?, ¿se trata de usos y costumbres?, ¿hay relación con la pobreza, inseguridad, inequidad o violencia intrafamiliar?

Cada día son más frecuentes los partos y complicaciones del embarazo en y por el uso de transporte público, madres trabajadoras algunas sin seguridad social, nulo control prenatal, con largas jornadas laborales y a distancia considerable de su domicilio (Guzmán, 2022). El peregrinaje para ser atendidas es otro

fenómeno muy común señalado por las mujeres... “María tuvo que recorrer tres hospitales hasta que en el último le informaron que su bebé había fallecido y tuvo que esperar 12 horas más para el parto y controlar la preeclampsia” (Infobae, 2023). El peregrinaje de mujeres embarazadas es una manifestación crítica de las fallas sistémicas como la falta de infraestructura, personal insuficiente, precarización laboral y mala gestión de recursos en salud, falta de garantías de salud en mujeres embarazadas trabajadoras y no solo la negligencia en la atención.

Margarita y María con VIH han tenido que sobrellevar su embarazo con regaños y discriminación, además de la falta de antirretrovirales, fórmulas lácteas y pruebas de testeo; pero dicen: “la gente no denuncia por miedo a que les quiten las ayudas de los programas sociales o los medicamentos antirretrovirales que necesitan” (Gómez, 2017). Además de las barreras sistémicas que limitan el acceso a la atención médica, las mujeres embarazadas con enfermedades infectocontagiosas se enfrentan a estigmas institucionales, discriminación, violencia psicológica, verbal y física, contraponiendo su derecho de una atención integral y respetuosa.

Las líneas precedentes son manifestaciones que apenas representan la punta de un iceberg; estas citas periodísticas muestran otros elementos que están por debajo de esta punta y que representan el motivo de este análisis. Como se puede observar, hay algunos elementos estruc-

turales que determinan los desenlaces y complicaciones a nivel de la atención que se han descrito, producto del desabasto, la carencia de recursos humanos, la falta de insumos materiales, la inequidad, desigualdad, etc. La crisis estructural de los servicios de salud no es un tema actual, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) encontró anomalías en 124 establecimientos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)¹ como parte del programa de revisión hospitalaria que emprendió en 2013 (Vanguardia MX, 2017). Incluso diputados de Toluca constataron la carencia de las instalaciones, equipamiento y servicios con el compromiso de recoger las demandas ciudadanas de los servidores públicos para mejorar las condiciones laborales, estamos en el 2024 y todo continua igual (El Sol de Toluca, 2019).

El 90 % de los partos atendidos en México se realizan en el hospital, lo cual es relevante ya que se han estudiado las acciones de violencia durante la atención obstétrica definidas como: violencia obstétrica, violencia institucional,

1. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es un organismo descentralizado del gobierno federal mexicano, sectorizado a la Secretaría de Salud, dedicada a brindar servicios de salud y de seguridad social a la población que cuenta con afiliación al instituto (denominados derechohabientes). Su organización interna es tripartita (Estado, patrones y trabajadores). Con más de 80 millones de derechohabientes y beneficiarios, es la institución de seguridad social más grande de América Latina.

violencia simbólica, violencia de género; es decir, como el conjunto de prácticas, comportamientos y actitudes que afectan a la gestante de modo negativo en el desarrollo de su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio (Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, 2023). Estas miradas colocan el foco de atención en la interacción entre los actores: servidores públicos para la atención y la paciente, y de esta se han desprendido categorías como el *habitus*, haciendo referencia a las conductas deshumanizantes, normalizadas en los procesos de formación del personal de atención (Castro, 2014; Castro & Erviti, 2003); la violencia institucionalizada con el uso arbitrario o ilegítimo de la fuerza, producida y reproducida por el personal de salud (Guevara-Ríos, 2024; Aguiar, Lucas-d'Oliveira, & Blima-Schaiber, 2013); la dominación del cuerpo, lo que implica la medicalización extrema y la pérdida de autonomía en los entornos hospitalarios, violando el derecho de decidir sobre su propio cuerpo (Martínez, 2023; Montes, 2008); las relaciones asimétricas donde el personal de la atención cosifica y subordina a la mujer (Arguedas, 2014; Iparraguirre, Mendoza, Córdor, & Muñoz, 2023). Es decir, todas las acciones u omisiones que pueden presentar en la atención de las mujeres embarazadas que se atienden en el marco del modelo médico hegemónico y el mantenimiento de patrones culturales machistas. De esto se han realizado diferentes aportaciones desde la sociología, la antropología, el trabajo social,

etc., que han visibilizado lo que por muchos años parecía oculto: las acciones de violencia en la atención obstétrica. Sin embargo, poco se ha señalado sobre la violencia estructural presente en este fenómeno/proceso social.

2. VIOLENCIA ESTRUCTURAL EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

La violencia estructural hace referencia a un término acuñado por Johan Galtung (1969) en el que describe estructuras sociales, económicas, políticas, legales, religiosas y culturales que limitan a los individuos, grupos y sociedades de alcanzar su máximo potencial. La violencia estructural es a menudo incrustada en espacios y momentos de larga data de estructuras sociales, normalizadas por instituciones y vivencias habituales, lo que la hace parecer tan ordinaria en nuestras formas de ver el mundo y casi invisible (acceso dispar a los recursos, al poder político, a la educación, la atención médica, etc.). En este sentido, la violencia estructural está ligada a la injusticia social y a la maquinaria social de opresión legitimada por el poder, sublimada por las instituciones e ignorada por los actores sociales (Farmer, 2004).

En este tipo de violencia (a diferencia de una directa, en la que agresor, víctima e instrumento de daño resultan visibles), el agresor, la víctima concreta y los mecanismos de agresión resultan mucho más difíciles de reconocer. Algunos son tan sutiles como procesos de estructuración social o institucionalizados, pero

producen efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad o libertad de las personas, vulnerabilidad hasta la invalidez y la muerte. La Parra y Tortosa (2003) plantean que la violencia estructural tiene su origen en una conflictuada estratificación social, atravesada por el género, la condición étnica o etaria, la pertinencia nacional, entre otras variables, donde el reparto y acceso a recursos sistemáticamente favorece a una de las partes, en perjuicio de las otras, debido al propio mecanismo estratificado. En el caso de la atención a la mujer embarazada, la atención dentro de las instituciones de salud es larga, tortuosa, impersonal, inhumana, despersonalizada, incómoda con soledad; es decir, institucionalizada. La práctica privada es íntima, con acompañamiento, informada, cálida; a voluntad del cliente.

Esta diferencia, no solo en la concepción sino también en la materialización de la atención a la mujer gestante, encaja con lo señalado por Salama (2008), quien muestra que las sociedades latinoamericanas tienen una gran desconfianza hacia las instituciones debido a la exclusión social en la que viven, aunada a la insuficiencia de las políticas públicas para enfrentar las profundas desigualdades, siendo estos dos factores determinantes en el desarrollo de la violencia.

El análisis de la violencia estructural puede evidenciar la forma en que los arreglos sociales estructurados e invisibles (es decir, el acceso dispar a los re-

ursos, el poder político, la educación, la atención médica) que excluyen o marginan a grupos de personas, normalizan algunas formas de daño como legítimas, haciendo que la violencia sea omnipresente o una consecuencia de *malos* actores. Si bien la investigación hasta la fecha sobre el concepto, la medición y las consecuencias de la violencia estructural es escasa, existe un cuerpo de investigación que día a día demuestra una asociación directa entre los determinantes sociales y estructurales de la salud y las diferentes expresiones de violencia.

Por lo anterior, consideramos pertinente incidir en tres elementos de análisis y discusión cuando se habla de violencia estructural, relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado-y muerte que determinan y retroalimentan las acciones de violencia en la realidad, en este caso de la atención obstétrica: la precarización en los servicios de salud, la burocratización en la atención y el territorio de la salud.

1.1 Precarización

La precarización merma en los sectores de las instituciones de salud estatales y tiene sus repercusiones y materializaciones en las acciones encaminadas a la salud de los colectivos. Hasta antes de la pandemia, poco se hablaba de la precarización estructural institucional, laboral e incluso ideológica dentro de estas. La precariedad se define como un fenómeno emergente vinculado a la pérdida o debilitamiento de los vín-

culos sociales de integración y protección social en forma de crisis del Estado de Bienestar².

La desaceleración del crecimiento económico, junto con la crisis de la deuda a inicio de 1980 y la ola privatizadora de empresas públicas y de desregulación constituyeron un marco de reformas estructurales de la política neoliberal sobre la organización de los sistemas de salud. Estas reformas modificaron y promovieron la exclusión del Estado de la intervención a nivel social de los sistemas de salud, gestando las condiciones de precariedad en todos los procesos de salud-enfermedad-atención que se desarrollan en las instituciones de salud. Sin embargo, también fueron mermando en las relaciones interpersonales de los diferentes actores que constituyen la red de atención llegando a la parte más elemental que es la interacción servidor público-paciente (López-Arellano y Jarillo-Soto, 2017).

La precarización, como fenómeno social, impacta a los actores que tienen interacción cara a cara en las diferentes instituciones de salud, causando malestar por parte de los prestadores de atención en salud, quienes buscan salida como la flexibilización laboral a fin de conservar un estatus económico y social. Esto implica mayor gasto físico, emocional y de prácticas cada día más

gerencializadas, burocráticas y estandarizadas basadas en la contención de costos y uniformidad de los problemas de salud. En el caso de los usuarios, se incrementa el gasto bolsillo ya que la respuesta de los sistemas de salud no responde a sus necesidades, lo que condiciona más pobreza y deja secuelas físicas y materiales.

En palabras de Lourau (1975), “el sustrato material, la infraestructura organizativa de la institución y su materialidad, hablan más fuerte que sus palabras articuladas [...] que buscan disimular y racionalizar valores, sistemas de decisión y modelos culturales” (pp. 78-80). En las instituciones de salud, existen sistemas de violencia estructural arraigados en las estructuras de racionalización, cultura laboral y organizacional. Estos sistemas, que incluyen carencias coyunturales y recursos materiales, generan una violencia que se manifiesta desde niveles estructurales hasta ideológicos y simbólicos. Esto resulta en consecuencias inmediatas para los pacientes, como la dificultad para acceder a atención médica, buscar recursos diagnósticos y terapéuticos.

2.2 Burocratización

El término burocracia se refiere al diseño de la organización fundamental para la prestación de bienes y servicios en el Estado moderno; según Max Weber, se trata de un “fenómeno social universal” (2002, p. 28). Cuando la burocracia es eficaz y se encuentra totalmente insti-

2. Entendido como un fenómeno emergente e irruptivo, una forma de ser/estar en el mundo vinculado a la pérdida o debilitamiento de los vínculos sociales de integración y protección social.

tucionalizada en una cultura política, la institución puede servir como una fuerza a favor del progreso y la modernización, pero una vez establecida completamente es, entre las estructuras sociales “la más difícil de destruir”. La burocracia según Weber, también es un instrumento de dominación que surge por necesidades históricas y que, en su aspecto positivo, sirve para administración del Estado y favorecer a la sociedad en general y, de manera negativa, utilizará su posición para perpetuar su control y dominio de los gobernados.

Ahora bien, de acuerdo con Marx (2002, pp. 73-77), la burocracia es un modelo de administración nocivo que genera alienación, y donde el Estado construye políticas para pretender dar solución a las necesidades de los ciudadanos. Por otro lado, la burocratización es un término que hace referencia a la institución de la burocracia y sus componentes como medio de *organización social del trabajo* que llevada al exceso de reglamentación y control termina despersonalizando las relaciones humanas atrapando a las personas en una “jaula de hierro” (Weber, 2024).

El término burocracia en la actualidad es utilizado de manera peyorativa para hacer a una estructura tipificada por su jerarquización, con un carácter preestablecido de tareas rutinarias y de funcionarios que atienden de manera impersonal, lenta, arrogante y relacionado con el poder.

En términos de salud, desde una perspectiva marxista sobre la atención

médica, el sistema de salud refleja la estratificación social y los diferentes intereses políticos y económicos de grupo. Las instituciones de atención delimitan las modalidades para el acceso, institucionalizan la enseñanza y formación de los profesionales para mantener sus estructuras económica, política y cultural. Cada institución representa un poder público que diseña e instrumenta estrategias de intervención de acuerdo con una ideología particular sobre cómo deben resolverse los problemas de la sociedad relacionado con la salud. De igual manera, cada institución tiene un origen histórico y formas regulatorias, orienta sus funciones a cierta población y guarda una jerarquización de niveles de atención de acuerdo con un criterio tecnológico-administrativo.

Así, la medicina institucionalizada estatal tiene un régimen burocrático muy estricto en el que el médico burócrata deja de interesarse por el paciente para responder únicamente a las exigencias del trabajo, al tiempo que interioriza y ejecuta las acciones preestablecidas, pero que generalmente no cubre las necesidades del paciente. Se señala que alrededor de 40 % de las consultas de atención primaria tienen un contenido exclusivamente administrativo, donde no se toma ninguna decisión clínica, únicamente se rellenan papeles que consumen recursos sanitarios, pero no se contribuye a mejorar la salud; sin embargo, son parte del ejercicio del profesional que quedan a merced de las normas y lineamientos institucionales (Bellon Samaño, 2006). Las jerarquías de autoridad restringen

la libertad del profesional, convirtiendo al profesional en un técnico impotente en conflicto con las demandas de los valores profesionales contra la burocracia, lo que abre el debate también entre la autonomía/burocracia.

Para la burocracia se debe codificar cada acción, contar cada minuto de actividad y considerar la actividad técnica, lo cual implica mayor tiempo con actividades administrativas. El modelo es de contención de gastos (indicadores) y aplicación homogénea de los conocimientos (guías de práctica clínica), las medidas son inflexibles y con sanción inmediata.

En las últimas décadas del siglo XX se generó un cambio de la burocracia a la tecnocracia, con la incorporación de funcionarios con estudios especializados (médicos con especialidad en gerencia o administración hospitalaria) con los que coexisten viejas y nuevas prácticas. Sin embargo, los problemas no son efecto de un gobierno de burócratas o de tecnócratas, sino de las contradicciones del sistema, del papel que realmente juega el Estado para la salud, sus responsabilidades, sus compromisos y sus límites, en consonancia con los intereses y necesidades de los trabajadores del área de la salud y de la población (pacientes, usuarios, derechohabientes) dentro de una racionalidad neoliberal, donde lo que importa es acelerar los procesos y tomas de decisiones, evitar atascos de información, estimular la iniciativa profesional y sacar el máximo rendimiento de la atención clínica.

2.3 Territorio de la salud

Como último eje de análisis, consideramos al *territorio de la salud* como un determinante de importancia tanto por sus componentes materiales como en sus dimensiones socioculturales, intentando dar una lectura multidimensional y escalar. Desde esta concepción de territorio, la salud se convierte en un campo de luchas, contradicciones y negociaciones entre múltiples actores con distintas lógicas de apropiación, gestión y transformación. El *territorio de la salud* es un proceso histórico determinado social, política y económicamente donde se encuentran en pugna las lógicas del capital y de los modos de producción investidos de un poder que conllevan a procesos de territorialización diferenciada que construyen y reconstruyen subjetividades e improntas en los colectivos, por lo que “interpretar el territorio es indagar en lo profundo de esas significaciones inscritas en el decir y posibilitadas en el decir” (Vergara, 2009, p. 237).

Desde este planteamiento, pretendemos romper la teorización de los procesos territoriales en salud pública, vinculada a la definición de territorio como espacio físico, trascendiendo la perspectiva epidemiológica del riesgo, apegándonos al análisis de la relación territorio y salud bajo una mediación social. Esto deja abierta la necesidad de considerar elementos macro políticos que articulan diferentes dimensiones de los determinantes sociales, considerando la distribución desigual territorial, los modos de

ordenamiento del territorio y los intereses globalizadores del mercado.

Para fines de análisis, el *territorio salud* se puede dividir en tres niveles: macro, meso y micro:

El primero está definido por el *statu quo*, es decir por la concepción del Estado en torno a la salud, el derecho a la misma y sus políticas públicas. En este sentido, la violencia estructural en salud inició y se alimentó en la etapa de transformaciones productivas y el proyecto neoliberal del país, cuyos efectos directos se observan en el debilitamiento de la regulación estatal, la entrega de sectores estratégicos a transnacionales, favoreciendo el extractivismo, el despojo territorial, incrementando la marginación, la estratificación social y condicionando la sobre posición de los intereses privados al bien colectivo (López, 2017). El Estado Benefactor pasó a deslindar la responsabilidad de la salud, el cuidado y su atención al ámbito privado, dejando a los colectivos a merced de la mercantilización y la industria sanitaria, abriendo más las brechas de desigualdad e inequidad, efectos que hasta el día de hoy son visibles en la gran mayoría de los países latinoamericanos. Sumado a esto podemos encontrar la herencia de los sistemas de salud, que en la gran mayoría de América Latina son fragmentados, estratificados, con distanciamientos socio-espaciales que retroalimentan de manera negativa al bienestar y la salud.

De esta manera, el nivel macro del *territorio en salud* constituye un marco donde se gestan condiciones violentó-

genas que vierten de manera transversal y horizontal a los otros niveles, potenciando los problemas estructurales, instituyéndolos y subjetivándolos en los diferentes actores. Es crucial destacar los efectos estructurales profundos y subyacentes del capitalismo sobre la salud y cómo influye en el modo de producción, adoptando nuevas perspectivas teóricas, científicas y políticas dentro de este campo. (Beckfield, Bambra, Eikem et al, 2015; Sell y Williams, 2020).

En el nivel meso, podemos concebir a las instituciones en salud como los aparatos por los cuales desciende la concepción de la salud y las políticas públicas en torno a ella según la mirada del Estado, y son los lugares donde se materializan esas políticas a través de la herramienta de los prestadores de servicio y recursos humanos para su ejecución. En términos más simples, esto significa que los sistemas institucionales (como el capitalismo) pueden crear y mantener una cultura de violencia. Esta violencia se vuelve parte de nuestra cultura y se refuerza a través de acciones directas que se vuelven repetitivas y casi ritualísticas. Los espacios institucionales evidencian además los proyectos políticos como una estructura orgánica con metas, objetivos y acuerdos nacionales e internacionales con un discurso político alejado de la realidad social. De esta manera, la salud queda subordinada a itinerarios burocráticos que impone el sistema, tipos de respuesta institucional frente a patologías, normas para la atención, protocolos para la

atención, estandarización de acciones médicas, límite en el tiempo para recuperación de una enfermedad; es decir, una agenciación del individuo en cuanto a su enfermedad para institucionalizarla y someterla a las directrices de la burocracia en salud.

El territorio meso institucional constituye un elemento de violencia estructural en la medida en que sus dinámicas afectan en la inequidad en el acceso, la limitación de sus recursos, la exclusión en los procesos de atención y subordinan culturalmente; es decir, en su interior se activan formas de violencia que constituyen sistemas estructuralmente violentos (Farmer, Nizeye y Keshavjee, 2006).

En el nivel micro se encuentran los actores que asumen y personifican lo que hemos detallado previamente. Este nivel cuenta con un subsistema de vigilancia-control y castigo, representado por los administradores y directivos, quienes tienen la función de legitimar, implementar y hacer cumplir las políticas, normas y toda decisión que emane de la supra estructura. Su función principal es mantener el *statu quo*, ejerciendo una dominación directa e indirecta sobre los prestadores de servicio y los pacientes-enfermos-familiares. Los efectos de esta dominación se traducen en violencia que a su vez se reproducen en forma de anomia, confusión de roles, frustración, agresividad y otros efectos como la escisión del rol ético, actitudes corruptas y trato agresivo a los pacientes, formas de desprofesionalización y despersona-

lización con consecuencias en la interacción entre actores. La humanización que frecuentemente se invoca como solución a las patologías del sistema que sufren los pacientes, contribuye a mantener alejada la vista de los procesos institucionales que determinan formas patológicas de relación social entre pacientes y profesionales de la salud. Los llamados a la *humanización* en las acciones y atención de la salud no solo colocan la responsabilidad de la solución en quienes no pueden darla, sino que blindan tácitamente a Estado y a las empresas del *sector* contra cualquier cargo que pueda imputárseles.

La violencia estructural en este nivel parte de la responsabilidad institucional que se proyecta hacia una individualizada y jerárquica, evadiendo responsabilidad al de menor nivel jerárquico en una forma coercitiva y amenazante, formando ambientes violentos contrario a lo que predica un clima organizacional (Palma, Gerber y Ansoleaga, 2021). El micro territorio en salud interpersonal violento se alimenta de espacios materiales violentos, como la falta de accesos a los servicios de salud, el distanciamiento para la atención, los largos tiempos de espera incompatibles con los tiempos sociales, las salas de espera y espacios de atención precarios, saturados, carentes de servicios higiénicos, las limitaciones para acompañamiento de los paciente, es decir de una serie de limitaciones físicas estructurales ajenas y carentes de sentido humano de las necesidades en situaciones de enfermedad.

3. A manera de conclusión

La violencia obstétrica hace referencia a un fenómeno social que no solo es producto de las interacciones interpersonales, institucionales o culturales, en la base se gesta una violencia sutil poco reconocida generada y reproducida por y desde las estructuras de la violencia de género, inequidad, desigualdad, vulneración a los derechos humanos, etc. La violencia estructural en el contexto de la atención materna se refiere a cómo las instituciones de salud, debido a su estructura y funcionamiento, pueden contribuir a la perpetuación de sufrimiento físico y emocional en ciertos grupos de personas. Esto ocurre de manera sistemática y estructurada, afectando tanto a individuos como a colectivos. (Galtung, 1990). La precarización en salud acentúa las desigualdades sociales, restringe los derechos de salud y limita el acceso a una atención digna y de calidad, desprotegiendo a los colectivos que quedan a merced de la mercantilización en salud. La burocratización en las instituciones de atención a la salud son procesos administrativos que se convierten en barreras que impiden dar la atención pronta y expedita a las necesidades en salud. La precarización y la burocracia son tipos de violencia donde no se tiene un agresor identificable, sino que son ejercidas por la propia estructura, alimentando y retroalimentando prácticas de violencia, la institucionalizan, interiorizan y normalizan, manteniendo el *statu quo* y las concepciones que tiene el Estado en relación con la salud y su atención.

Por otro lado, el territorio de la salud abarca diferentes niveles de análisis y la violencia que se gesta de igual manera tiene origen multinivel. En el área de la salud se recurre a dar las explicaciones enfocadas en el nivel interpersonal, deslindando la responsabilidad y las implicaciones legales que tienen las estructuras en la generación de la violencia.

La violencia puede comenzar en cualquier punto de las estructuras y ser transmitida a otros niveles. Con la estructura violenta institucionalizada y la cultura violenta interiorizada, la violencia directa también tiende a volverse institucionalizada, repetitiva y ritualista (Galtung, 1990).

Así, la violencia estructural día a día alimenta a las diferentes manifestaciones de violencia: la de pareja, la falta de seguridad, discriminación, *burnout*, *mobbing*, violencia de género a la misma violencia obstétrica, etc., culpabilizando a los actores sociales de los efectos que cada día se magnifican, perpetúan y ritualizan, porque son alienados y alienantes por las mismas estructuras sin modificar de fondo la génesis de estas.

Esta triada de elementos que proponemos para el análisis de la violencia institucional debe abrir el debate sobre los cambios estructurales, conceptuales y materiales necesarios para atender los problemas de las violencias en los diferentes contextos, entendiendo la interrelación con diferentes determinantes sociales, no solo con la intención de describirlos sino de transformarlos.

REFERENCIAS

- Aguiar, J., Lucas-d'Oliveira, A. F., & Blima-Schaiber, L. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(11), 2287-2296. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Beckfield, J., Bambra, C., Eikemo, T. et al. Una teoría institucional de los efectos del estado de bienestar en la distribución de la salud de la población. *Soc Theory Health* 13 , 227–244 (2015). <https://doi.org/10.1057/sth.2015.19>
- Bellón Saameño J. A. (2006). Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica [Doctor-induced demand: Applications of economic theory in clinical practice]. *Atencion primaria*, 38(5), 293-298. <https://doi.org/10.1157/13092989>
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index>.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev. Mex. Sociol*, 76(2), 167-197. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001
- Castro, R., & Erviti, J. (2003). Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico. *Health and Human Rights*, 7(1), 90-110. <https://doi.org/10.2307/4065418>
- Díaz García, L. I., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51(segundo semestre), 123-143. <https://www.scielo.cl/pdf/rdpucv/n51/0718-6851-rdpucv-00301.pdf>
- Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Curr Anthropol*(45), 305-326.
- Farmer PE, Nizeye B, Stulac S, Keshavjee S (2006) Violencia estructural y medicina clínica. *PLoS Med* 3(10): e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
- Galtung, J. (1969). Violence, peace and reserarch. *Journal of Peace Research*, 6, 167-197.
- Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
- Gómez, B. (19 de junio de 2017). Amenazas, insultos y violencia, la realidad de las mujeres embarazadas y con VIH en Veracruz. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/sociedad/veracruz-vih-mujeres-embarazadas>
- Guzmán, Ó. E. (23 de agosto de 2022).

- Nace bebé en la estación del Metro Eugenia de la CDMX. *Quinto Poder*. <https://quinto-poder.mx/tendencias/2022/8/23/nace-bebe-en-la-estacion-del-metro-eugenia-de-la-cdmx-14612.html>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2023). *Qué dicen los datos públicos? Radiografía de la violencia obstétrica y la muerte materna*. <https://violenciaobstetrica.gire.org.mx/>
- Guevara-Ríos, E. (2024). Estrategias para la prevención de la violencia institucional contra la mujer en la atención obstétrica. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 1-6. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2641>
- INEGI. (2021). *Encuesta Nacional sobre la dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2021*. www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf
- Infobae. (13 de Nov de 2022). Araceli de 14 años dio a luz en la banqueta y su bebé murió afuera del hospital donde no la atendieron en Chiapas. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2022/11/13/nina-de-14-anos-dio-a-luz-en-la-banqueta-y-su-bebe-murio-afuera-del-hospital-donde-no-la-atendieron-en-chiapas/>
- Infobae. (13 de enero de 2023). Una bebé murió por presunta negligencia médica en hospital de Ecatepec. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2023/01/13/una-bebe-murio-por-presunta-negligencia-medica-en-hospital-de-ecatepec/>
- Iparraguirre, M., Mendoza, J., Córdor, M., & Muñoz, R. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: a propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas Teoría Social y pensamiento crítico*(17), 411-423. <http://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>
- La Parra, D., & Tortosa, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131(3), 57-72.
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Amorrortu editores S. A.
- López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 1-13.
- Martínez, A. (2023). Una mirada a la violencia obstétrica: la relación individuo-cuerpo y sociedad-cuerpos. *Eikasia. Revista de Filosofía* (114), 167-184.
- Marx, K. (2010). *Crítica de la Filosofía del Estado de Hegel*, Editorial Biblioteca Nueva.
- Montes, M. (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index Enferm*, 17(1), 25-29. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100006
- Palma, A., Gerber, MM., Ansoleaga, E. (2021). Riesgos psicosociales laborales, características organizacionales y salud mental: el rol mediador

- de la violencia laboral. *PSYKHEC*. 31(1), 1-18. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22383>
- Salama, P. (2008). Informe sobre la violencia en América Latina. *Revista de Economía Institucional*, 81-102.
- Sell, S., & Williams, O. (2020). Health under capitalism: a global political economy of structural pathogenesis. *Review of International Political Economy*, 1-25.
- Sol de Toluca, El. (3 de abril de 2019). Diputados encuentran carencias en hospitales públicos durante visita sorpresa. *El Sol de Toluca*. <https://www.elsoldetoluca.com.mx/local/diputados-encuentran-carencias-en-hospitales-publicos-durante-visita-sorpresa-3273681.html>
- Vanguardia MX. (16 de marzo de 2017). Las fallas en los hospitales de México revelan la crisis de la seguridad social. <https://vanguardia.com.mx/noticias/nacional/las-fallas-en-los-hospitales-de-mexico-revelan-la-crisis-de-la-seguridad-social-FC-VG3293699>
- Vergara, N. (2009). Complejidad, espacio, tiempo e interpretación. Notas para una hermenéutica del territorio. *Alpha*, 233-244.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (2024). *¿Qué es la burocracia?* Ediciones Sequitur.