Violencia estructural en la atención a la Salud en el Estado de México Oriente

Structural violence in healthcare in the East of State of Mexico

Donovan Casas Patiño*
Alejandra Rodríguez**
José Martín Reyes Pérez***

Resumen

La violencia estructural en salud, es una sucesión de eventos, que coexisten en un escenario repleto de ausencias claras del Estado, la cual está enmascarada en la institucionalización y está legitimada por los poderes fácticos, de ahí surge la importancia de esclarecer a través de una aproximación de la teoría crítica, el *statu quo* predominante en el Estado de México Oriente en torno a la atención en salud. De esta forma, podemos clarificar como la normalización en la atención en salud crea una patología social, a través de la propia estructura, la cual oprime, olvida y suprime tanto a mexiquenses y recursos humanos para la salud, de esta forma se crean escenarios en cajas de Petri, repletas de convulsión social en salud.

Palabras clave
Violencia, Estructura en Salud, Sistema de Salud, Patología Social, Salud, Enfermedad, Poder, Atención en Salud.

* Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca.
** Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca.
*** Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca.

Abstract
Structural violence in healthcare is a succession of events that coexist in a context marked by the clear absence of the State. This violence is masked by institutionalization and legitimized by de facto powers. Hence the importance of clarifying, through a critical theory approach, the prevailing status quo regarding healthcare in the State of Mexico East. In this way, we can understand how the normalization of healthcare creates a social pathology through the very structure that oppresses, neglects, and suppresses both the people of the State of Mexico and healthcare professionals. This creates Petri-box scenarios filled with social upheaval in the healthcare system.

Keywords
Violence, Health Structure, Health System, Social Pathology, Health, Disease, Power, Health Care.

Introducción

La violencia estructural hace referencia a toda acción u omisión que cause un daño físico, económico, moral, marginalidad, opresión, adversidad o trauma. En este sentido los sistemas sociales, culturales, económicos, políticos hegemónicos son los antecedentes, y la violencia estructural es la consecuencia de esas inequidades, desigualdades e injusticias, que, en el caso de la atención a la salud, es una categoría de análisis que debe incorporarse cuando se analicen indicadores de eficacia y calidad (Jackson & Sadler, 2022). Si bien ésta afecta a todas las personas, de todas las edades independientemente de su raza o género o localidad, su efecto es aún mayor en los colectivos vulnerables en donde se agudiza no sólo la violencia, sino también la desorganización social, el desorden físico y todos los procesos sociales que ello implica.

En ese sentido, la salud como proceso social, depende directa e indirectamente de los recursos con los que cuenta la estructura social que contribuyen a la distribución desigual, la marginación sistemática y de otros determinantes estructurales y sociales de la salud. Antes de reconocer los determinantes estructurales intermedios de la salud[1] (desigualdad de ingresos, la disminución de las oportunidades económicas, el acceso a los servicios) las acciones encaminadas a evitar la enfermedad se remontaban a prácticas individuales,

1 Los Determinantes sociales de la Salud señalados por la Organización Mundial de la Salud hace referencia a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. La propuesta para abordarlos se materializó con la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en el 2005. En el 2008 la misma Comisión amplió la perspectiva más allá de los factores identificados inicialmente y profundizó en los determinantes sociales que generan desigualdad.

medicalizadas y hospitalcéntricas. El reconocimiento de los elementos estructurales pretendió enfocar factores de riesgo y protección a nivel comunitario y social como "causas fundamentales" dentro del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, sin embargo, su carácter ha sido descriptivo, estadístico y expectante, con un posicionamiento básicamente neutro.

La incorporación de la violencia estructural en los temas relacionados con la salud involucra cuestionar el papel de las estructuras, las instituciones, la organización social, los recursos y el acceso a todos ellos que excluyen o marginan a los colectivos y normalizan formas de daño como legítimas, deslindando los efectos negativos a los "malos" sujetos, a los actores "irresponsables", a aquellos que se encuentran cara a cara buscando un chivo expiatorio y perpetuando la violencia.

La naturalización de la violencia estructural dentro de la atención a la salud invisibiliza los resultados de esta violencia como el acceso dispar a la atención en salud, los tiempos prolongados en la atención, el aumento del gasto en bolsillo, las secuelas físicas y psicológicas por la falta de atención oportuna, el aumento de comorbilidades y la muerte anticipada, por ejemplo. Por otro lado, existe escasa investigación sobre el concepto, la mediación y las consecuencias de la violencia estructural en el proceso de atención a la salud (Armstead, Wilkins, & Nation, 2021).

En el sistema de salud se ha constituido un foco de interés crucial desde la parte teórica hasta su materialización, hay interesados en la denuncia de los mecanismos a través de los cuales los ordenamientos institucionales específicos en salud impiden la garantía de derechos sociales, económicos y culturales y el compromiso del Estado social con este derecho.

En este sentido partimos de un análisis en el contexto de la Teoría crítica a fin de plantear cómo se ejerce y manifiesta la violencia estructural en los sistemas de salud que atienden a la población del Estado de México Oriente, para lo cual haremos el abordaje multinivel para fines analíticos identificando los marcos normativos, las prácticas institucionales, los mecanismos burocráticos, administrativos y de otros tipos que alimentan y retroalimentan la violencia, convirtiéndose en "patologías sociales".

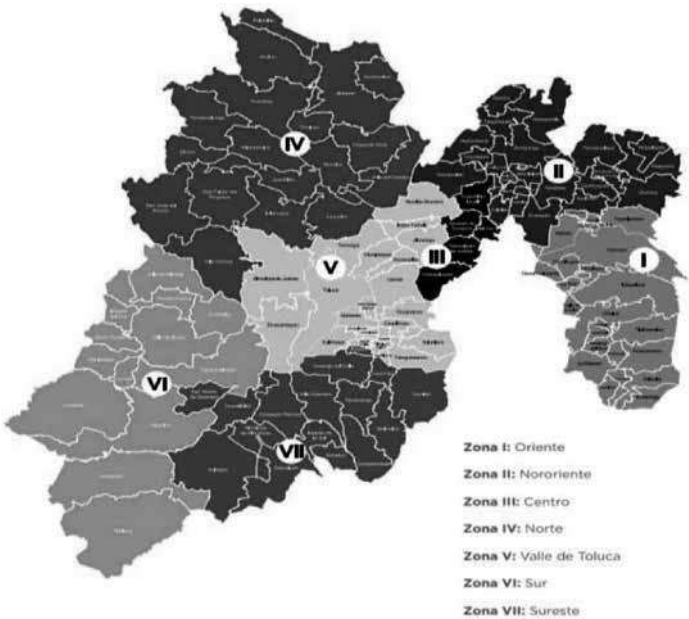
Estado de México Oriente: su contexto y su desafío territorial.

El Estado de México ha sufrido un crecimiento poblacional acelerado particularmente a mediados del siglo XX, esto debido inicialmente a las altas tasas de natalidad antes de los años 60 y los fenómenos de migración interna en los años 70 (Pimienta-Lastra, Vera-Bolaños, Tapia-Quevedo, & Orozco-Hernández, 2015).

De acuerdo con la *Nueva Regionalización del Estado de México* éste se divide en siete zonas: Zona Oriente, Zona Nororiente, Zona Centro, Zona Norte, Zona Valle de Toluca, Zona Sur y Zona Sureste (Figura 1). La Zona Oriente está constituida de 5 regiones y 25 municipios. Según datos del INEGI del Censo de Población y Vivienda 2020, el Estado de México tiene un total de 16, 992,418 habitantes (INEGI, 2021). Si bien no se cuenta con una cifra exacta del número de habitantes de la Zona Oriente, de acuerdo a los datos de este mismo censo, los municipios con mayor densidad poblacional se encuentran en esta zona, entre ellos: Nezahualcóyotl (1,077,208 habitantes), Ixtapaluca (542,211 habitantes), Chalco (400,057 habitantes), Valle de Chalco Solidaridad (391,731 habitantes), La Paz (304,088 habitantes) y Texcoco (277,562 habitantes) (Consejo Estatal de Población Gobierno del Estado de México, 2020).

Este crecimiento demográfico, junto con las dinámicas sociales debido a su cercanía con la Ciudad de México, representa un reto en la planificación de infraestructura, servicios básicos, vivienda, educación y salud, una problema complejo.

Figura 1.
División Territorial del Estado de México



Fuente: https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2025/ene072.pdf

Durante muchos años, esta zona ha sido conocida como la "zona de los dormitorios", ya que la población residente se traslada diariamente a la Ciudad de México para trabajar debido a la centralización económica y falta de oportunidades (Linares, 2013) (Caporal, 2025). Este tipo de ciudades comparten problemas en común, inseguridad, falta de empleo y servicios, la dispersión urbana, la lejanía del centro de trabajo, la insuficiente infraestructura y una urbanización desordenada, lo cual conlleva a un deterioro en la calidad de vida de sus habitantes (Gobierno de México, 2025).

Ante este panorama, el gobierno federal a cargo de la presidenta Claudia Sheinbaum, impulsó el Plan Integral de la Zona Oriente del Estado de México, el cual pretende mejorar la calidad de vida de las familias mediante la mejora de infraestructura, atención a la salud, mejorar la seguridad y acciones en salud. Este proyecto contempla a 10 municipios de la zona, pretende ser una estrategia de inversión y desarrollo social (Gobierno de México, 2025).

A través del Plan Integral en salud se propone realizar 28 acciones del IMSS-Bienestar, crear 4 nuevos hospitales en Chimalhuacán, Nezahualcóyotl, Ecatepec y Chicoloapan. Además de abrir 6 unidades médicas de primer nivel en Ecatepec, Ixtapaluca, Valle de Chalco, Tlalnepantla, Chalco y Texcoco. Así mismo señala implementar 8 salas de hemodiálisis en Ecatepec, Ixtapaluca, La Paz, Texcoco, Tlanepantla y Valle de Chalco. Por otro lado, se reactivarán 57 quirófanos, se comprarán 5 tomógrafos, 127 unidades para toma de muestras, se fortalecerán 180 unidades médicas, 17 hospitales y 163 centros de salud (Siles, 2025).

Hablando de cobertura de salud en el Estado de México, ésta se ofrece a través de instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, YSSEMYM, Secretaría de Salud IMSS-Bienestar)[22] e instituciones privadas. Si bien, el objetivo principal de este sexenio es lograr la cobertura universal, actualmente la atención depende principalmente de la condición laboral y el acceso a los servicios de la Secretaría de Salud (ahora IMSS-Bienestar) ofertados a personas sin seguridad social. No se cuenta con un censo disponible de número de camas de hospitalización, número de camas para atención de urgencias, número de médicos, número de enfermeras y otros indicadores de la infraestructura para la atención a la salud en el Estado de México Oriente. Esto debido a la fragmentación propia de los sistemas de salud y la falta de indicadores que aseguren la atención oportuna acorde a los diferentes niveles de atención a la salud,[3] creando una desigualdad en el acceso a los servicios.

[2] IMSS e ISSTE para trabajadores formales, ISSEMYM para servidores públicos del estado, IMSS- Bienestar para población sin seguridad social.

[3] Los niveles de atención hacen referencia al primer nivel o atención primaria ambulatoria y preventiva; segundo nivel de atención especializada y hospitalaria general; y tercer nivel para atención de patologías complejas y de alta tecnología.

La zona oriente del Estado de México enfrenta desafíos en salud que si bien hacen alusión a las estadísticas de morbimortalidad general, como la alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, obesidad, dislipidemia) y sus comorbilidades (cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, enfermedades cerebrovasculares), así como los diferentes tipos de cáncer y accidentes en la vía pública, se combina con las carencias estructurales en el sistema de salud, la escasez de recursos humanos, la falta de insumos y la falta de medicamentos (Larios, 2021) (Alcalde-Rabanal, Molina-Rodriguez, Díaz-Portillo, Hoyos-Loya, & Reyes-Morales , 2024) (Bautista, 2025).

Como podemos observar el territorio oriente es una zona conurbada socialmente vulnerable y un caldo de cultivo para las diferentes expresiones de violencia por su alta densidad demográfica, los desequilibrios territoriales en oportunidades económicas, el rezago social, la deficiencia de servicios básicos e inseguridad, lo que en conjunto constituye determinantes estructurales negativos para la salud.

La violencia estructural en la atención a la salud: una patología social

De acuerdo con el Censo 2020, el Estado de México tenía uno de los porcentajes más altos de población sin acceso a los servicios de salud (Redacción, 2015). La pandemia del Covid 19 dejó ver en los sistemas de salud, la vulnerabilidad estructural, pero sobre todo la vulnerabilidad social expresadas como la inequidad y la desigualdad en los accesos y atención a la salud y los efectos de la precarización y flexibilización laboral creando ambientes hostiles y generadores de violencia (Serrano, 2021).

Generalmente cuando hablamos de violencia en los terrenos de la salud, se hace referencia a las manifestaciones físicas, verbales, psicológicas resultado de la interacción entre los actores sociales dentro de las instituciones en salud (profesionales, empleados, administradores, directivos, pacientes, usuarios, familiares). Sin embargo, poco se habla de la violencia estructural que está presente no sólo en las interacciones interpersonales, sino que acompaña todo el proceso de atención a la salud. Hablamos de multiniveles ya que, desde un análisis de estructura, la violencia se gesta y reproduce desde su dimensión macro (políticas públicas, normas, leyes) hasta la micro (a nivel individual). A diferencia de la violencia directa donde el agresor, la víctima y el instrumento de daño resultan visibles, la violencia estructural es más difícil de reconocer ya que se encuentra enmascarada en la institucionalización y está legitimada por los poderes fácticos, de ahí la importancia de realizar una aproximación desde la teoría crítica para contrastar el trasfondo de la praxis y las realidades sociales.

A nivel macro partimos del hecho que los marcos del derecho internacional y nacional la salud es considerada un derecho humano, ello exige que los Estados implementen políticas para garantizar el acceso universal a servicios de salud, así como a determinantes de la salud como agua potable, alimentación, vivienda digna y saneamiento.

Hasta el momento actual, el derecho a la salud en México está reconocido legalmente, y no sólo basta asegurar la cobertura para dar cumplimiento a este derecho, también se deben de cumplir con elementos esenciales e interrelacionados como los que señala el CONEVAL (CONEVAL, 2020):

- **Disponibilidad**, hace referencia a los medios para realizar un derecho, que deben ser suficientes a través de una oferta de los medios necesarios, ya sea con servicios, infraestructura, procedimientos y otros aspectos por parte del Estado.
- **Accesibilidad**, es decir, que todas las personas puedan obtener los medios necesarios para realizar sus derechos sin discriminación.
- **Calidad**, lo cual implica cumplir de manera efectiva con la realización del derecho contando con los requerimientos y propiedades necesarias.
- **Aceptabilidad y adaptabilidad**, en el sentido que los medios de realización del derecho sean idóneos para las necesidades y características de las personas que lo utilizarán ajustándose a sus contextos sociales y culturales.

De acuerdo con algunos indicadores de carencia relacionados con el derecho a la salud del 2022, el Estado de México reporta en la dimensión de accesibilidad: 44.2% de la población carece de acceso a los servicios de salud, el 36% cuenta con acceso al IMSS, 19% a la Secretaría de Salud, el 4% al ISSSTE y el 10 % a otros servicios. De la población ocupada el 63.3 % no tiene acceso directo a servicios de salud, y el 44% de la población que no trabaja, no tiene acceso a servicios de salud. En la dimensión de disponibilidad, teniendo como indicador la tasa de consultorios de medicina general en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes, el Estado de México se situó en rango de 1-2 (CONEVAL, 2023). En relación con los indicadores de calidad y aceptabilidad no se cuenta con programas o acciones estatales vinculados a estas dimensiones.

A nivel meso representado por las instituciones en salud, los profesionales del área de la salud y toda la parte administrativa y directiva encargada de materializar el derecho a la salud, encontramos una realidad de precarización no sólo en la infraestructura, también en términos laborales. Esta situación no es propia de este período, ha sido un adeudo de varias administraciones que no dieron solución

y proyección a la construcción de un proyecto de salud acorde a los cambios sociodemográficos y las necesidades particulares de cada territorio. Además de instalaciones olvidadas, dañadas, con desabasto, se encuentran las condiciones de contratos eventuales y falta de plazas definitivas de personal, lo que a menudo se expresa como: "no me dieron mi medicamento", "no me quieren atender", "no me quieren operar", "no me dieron contrato", "no hay médicos", "no me van a operar", "no hay material para su diálisis", "no me han llamado para cubrir vacaciones", "me contrataron, solo por tres días", "sigo en la bolsa de trabajo, esperando", una serie de construcciones negativas, que, si bien hacen alusión a una omisión de una acción personal, son resultados de una falta material, de recursos humanos y materiales, que la propia estructura debería de garantizar a fin de otorgar una atención con calidad y acorde a los contextos sociales y culturales de los colectivos. Es una dimensión compleja de evaluación y cumplimiento porque implica categorías subjetivas por sí mismas.

Desde un posicionamiento crítico resulta difícil evaluar la calidad de la atención en salud, teniendo como marco, una violencia estructural de facto. Desde esta lógica, los largos tiempos de espera, los diagnósticos deficientes, el trato inadecuado, los conflictos con los usuarios y el personal de salud, y entre el personal de salud con el personal administrativo, tienen un origen en la estructura misma precaria, deficiente y violenta. Los actores sociales están sumergidos entre las normas institucionales, administrativas que son burocráticas, intimidantes, desgastantes y terminan conflictuando todos los encuentros persona-persona durante el proceso de atención a la salud (Rodríguez, Jarillo, & Casas, 2020) (Islas, Valencia, Bustos, Ruvalcaba, & Reynoso, 2020) (Casas, 2019) (Jarillo-Soto, Casas-Patiño, & Contreras-Landgrave, 2016).

La violencia estructural también está presente en los centros formadores de profesionales en el área de la salud, que dentro de un modelo médico hegemónico que entrelaza las relaciones humanas creando una cultura médica estandarizada, institucionalizada y normatizada que contribuye a mantener y justificar las relaciones de poder normalizando la violencia estructural. El personal se forma en un entorno violento desarrollando actitudes y comportamientos negativos hacia los otros, y es este habitus y las estructuras que perpetúan las desigualdades (Gámez-Ibarra, Sánchez-Molina, & Alva-Alva, 2025) (Rodríguez, Casas, Martínez, & Amezcua, 2023).

Estas dos instituciones forman parte de la respuesta social, la institucionalización proporciona un marco estructural y la formación de personal en salud debe velar por desarrollar capacidades y conciencia para evitar la violencia estructural en la atención, sin perder de vista que este nivel reproduce la concepción de salud que guarda la macroestructura y que para atender los problemas de salud primero deben atenderse los determinantes sociales.

A nivel individual (micro), la violencia estructural en la atención a la salud termina por ser la sumatoria de todas las violencias que subsumen al individuo y atentan contra sus garantías y derecho a la salud. Esta violencia inicia con la tipificación del individuo dentro de su ámbito laboral, que, si bien se está trabajando por buscar la universalidad de la atención, ésta sigue marcada por la mirada económica.

La seguridad social se creó en el periodo comprendido de 1940-1980 que corresponde al llamado Estado Benefactor, un Estado paternalista-autoritario cuyo pilar era el corporativismo. En un segundo período que corresponde al Estado Neoliberal y la etapa de globalización con expansión del capitalismo se entiende que la atención en salud se otorga de manera masificada y diferenciada, y pese a tener el título de Seguridad Social, la fuga del Estado y las reformas estructurales, llevaron a la distribución inequitativa de la riqueza, los cambios en el mercado laboral, la precarización laboral, el desempleo, con efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad y/o libertad de las personas.

La manera en que el individuo (enfermo, paciente) y la familia sufren los estragos de esta violencia estructural, no se subsana con la emisión de Derechos del paciente ni con una serie de normas relacionadas con la detección, diagnóstico, tratamiento y atención de enfermedades y otras normas de prevención.

Si analizamos cada uno de los Derechos de los pacientes (Figura 1), damos cuenta que forman parte de una serie de protocolos de rutina desde la lógica de la atención médica hospitalaria ideal, ignorando las condiciones estructurales en las cuales se gesta la atención. *¿Cómo asegurar una atención médica integral? ¿Cómo recibir un trato digno, información adecuada y oportuna?* si no se cuenta con el suficiente personal, ni las unidades médicas necesarias, o con los medicamentos adecuados.

Incluso el derecho a solucionar una queja es un punto que se agota cuando se utiliza el recurso de juicio de amparo ante la vulneración del derecho a la salud como la negación de tratamientos, la falta de medicamentos, demoras injustificadas o atención deficiente, pero son las mismas instituciones que son incapaces de proveerlas. Esto es la máxima expresión de la violencia estructural vs la responsabilidad estructural. De ahí que los Derechos del paciente, se diluyen junto con el Derecho a la salud, dejando al individuo y su familia desamparados.

Figura 1.
Derechos de los Pacientes



Fuente: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/revista/pdf/vol_28_2023/COMPLETO_S.pdf

Estas líneas precedentes no pretenden justificar y pasar por alto la violencia directa como parte de las interacciones interpersonales, familiares, de pareja, etc., de las cuales es necesario atender y fincar responsabilidad en el caso que así lo amerite. Sin embargo, es necesario señalar, que los análisis en las demandas y conflictos de la atención en salud han estado cargados a la parte humana y no se ha dado el peso necesario a la parte estructural, de ahí que no se realicen los ajustes necesarios, se perpetúan las carencias, las omisiones, las fallas y la violencia aumenta en frecuencia y magnitud.

Si las demandas de diagnóstico oportuno incluyeran en su solución, la compra de equipo médico necesario y suficiente, de la mejor tecnología y disponibilidad inmediata, esto reduciría el número de quejas.

De esta forma, la violencia obstétrica reduciría si cada mujer contara con un profesional de la salud que la acompañara en su trabajo de

parto, se podría sentir más cómoda y tranquila en un cuarto privado acompañada de su (s) familiares y podría decidir la forma de parir acorde a sus usos y costumbres. Por el contrario, las salas de parto se encuentran saturadas, hay poco personal para atender a todas las mujeres, que son más susceptibles y sensibles en ese momento, algunas tienen bajo umbral al dolor, se encuentran solas y tienen temor a un proceso natural pero desconocido. Todo esto guarda de fondo una violencia poco reconocida pero que está presente y alimenta las otras formas de violencia.

Como podemos observar la situación del derecho a la salud en el Estado de México es compleja, no hay cifras concretas para la evaluación de los indicadores por zonas de la entidad federativa, pero las realidades en las instituciones públicas en salud y los discursos por parte de los usuarios muestran esos efectos, los cuales son parte de esta "*patología social"*.

¿Existe cura para la violencia estructural?

El denunciar la violencia estructural como un determinante de relevancia en la atención a la salud, no trata de buscar un culpable o provocar más violencia, por el contrario, pretende romper con los sesgos técnicos, administrativos, políticos y sociales en pro de los derechos, oportunidades y disminuir la desigualdad y la inequidad.

La violencia estructural invisibilizada, retroalimenta los procesos de estratificación social, daña la satisfacción de las necesidades, magnifica los conflictos entre grupos, favorece la inequidad, la desigualdad, la discriminación y la vulnerabilidad.

Las políticas de salud progresistas en nuestro país centradas en el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, la prevención de enfermedades y priorización de grupos vulnerables, son acciones que tienen sus desafíos propios de financiamiento principalmente. El Plan Integral de la Zona Oriente, promete modificar de manera positiva, las causas de las causas, es decir, los determinantes sociales imprescindibles para la salud y el bienestar integral. El potencial incorporar la violencia estructural en programas y proyectos de salud, radica en romper el enfoque pasivo centrado en los determinantes sociales de la salud y transformar la realidad.

La violencia estructural tiene una expresión diferencial territorial, por lo que sería necesario para fines de su reconocimiento, se realicen grupos de trabajo e investigación multi e interdisciplinario que debatan sobre cómo la violencia estructural influye en los resultados relacionados con la salud, incluida la atención médica. Esto debe incluir indicadores que evalúen las políticas y la estructura que son la base donde se sustenta la violencia.

La zona oriente del Estado de México, enfrenta varios los desafíos como un territorio "no planeado", precarizado, con deterioro ambiental

y ecológico, dividido política, económica y socialmente (Moreno-Sanchez, 2012). El proceso de metropolización crea tensión con las tendencias de urbanización y las prácticas sociales de los pueblos de esta región con sus respectivas disparidades territoriales. (Moreno-Sánchez, 2015). De acuerdo con algunos análisis territoriales de esta zona, los municipios están siendo rebasados por el impacto regional de proyectos que salen de su control, junto con ello hace falta preparar al personal que atiende la gestión municipal, lo cual exige una profesionalización de los empleados públicos dentro de la estructura municipal a fin de generar proyectos sustentables y sostenibles y garanticen su continuidad con la alternancia de poder independientemente del partido político procedente (Vega, 1999) (Bassols & Espinosa, 2011). Esto mismo se aplica para la organización, gestión y administración de las instituciones en salud, a fin de garantizar el acceso, la disponibilidad y calidad en la atención.

El tratamiento de la violencia estructural exige un profundo compromiso y colaboración por parte de las partes que integran la estructura social, con los más altos niveles éticos de respeto a la dignidad y la vida; esto incluye a las comunidades, los profesionales, el mundo académico, los sectores asistenciales, las instituciones y los responsables políticos, así como la rendición de cuentas (Machado & Goldenberg, 2021).

A nivel de la atención a la salud el abordaje de la violencia estructural implica:

- Conceptos como equidad e inclusión, más que exigencias institucionales de los sistemas de salud, deberían contemplarse con sus implicaciones basados en el derecho universal y sus implicaciones éticas.
- Las dinámicas instituciones generan por sí mismas formas injustas de afectación a las personas dentro de los sistemas de salud.
- Las injusticias en la atención a la salud toman las formas de inequidad en el acceso, recursos limitados, la exclusión de los procesos, generando una cultura de violencia desde el interior de los sistemas.
- Las patologías del poder que devela el sistema de salud requieren un tratamiento de democratización, desburocratización y transparencia orientada a la reconstrucción de las instituciones enraizada en la base pública.
- Las patologías estructurales se extienden al terreno de las relaciones simbólicas interpersonales, ocultando su responsabilidad como generadores de violencia, dominación y subordinación. Por lo que deben ser evaluadas en el trasfondo para promover prácticas justas y políticas de gobierno abierto.

> La humanización que se invoca como solución a las patologías del sistema no sólo colocan la responsabilidad en quienes no pueden darla, sino que blandan a las estructuras contra cualquier cargo que se les pueda imputar como un tipo de violencia estructuralmente organizada.

La violencia estructural en la atención a la salud constituye un reto epistémico y práctico que requiere de metodologías participativas para redefinir las categorías en las cuales identificar prioridades, programar formas de atención diferenciada, territorial y multicultural.

A Manera de Conclusión

La violencia estructural está arraigada profundamente y es más difícil de reconocer ya que se encuentra enmascarada en la institucionalización y está legitimada por los poderes fácticos, donde las normas con su estructuración social realizan el papel de instaurar una "normalidad" creada para la propia existencia de la naturaleza social. De ahí la importancia de realizar una aproximación desde la teoría crítica para contrastar el trasfondo de la praxis y las realidades sociales a las cuales se enfrenta la zona oriente del Estado de México, el cual no está solo, para empezar un trabajo intersectorial e interdisciplinario, con los expertos del área en salud, y empezar a trazar un rumbo prospectivo para 50 años, donde esta violencia estructural en salud, podría revertirse y ser parte de una transformación social de bienestar colectivo, y no sólo una transformación política instaurada a perpetuidad.

Referencias

Alcalde-Rabanal, J., Molina-Rodríguez, J. F., Díaz-Portillo, S., Hoyos-Loya, E., & Reyes-Morales , H. (septiembre-octubre de 2024). El sistema de salud en México: análisis de sus logros y desafíos en el periodo 2015-2022. *Salud Pública de México, 66*(5), 677-688.

Armstead, T., Wilkins, N., & Nation, M. (2021). Structural and social determinants of inequitiesin violence risk: A view of indicators. *Journal of Community Psychology, 94*(4), 878-906. doi:10.1002/jcop.22232

Bautista, S. (01 de octubre de 2025). *Utilización de servicios públicos de salud en México: uno de los retos críticos del sistema de salud*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud Pública: https://www.insp.mx/informacion-relevante/utilizacion-de-servicios-publicos-de-salud-en-mexico-uno-de-los-retos-criticos-del-sistema-de-salud

Bassols, M., & Espinosa, M. (2011). Construcción social del espacio urbano: Ecatepec y Nezahualcóyotl. Dos gigantes del oriente.

Polis, 7(2), 181-212. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v7n2/v7n2a7.pdf

Caporal, I. (18 de agosto de 2025). *20 mil 'comunidades dormitorio' en 15 municipios de Edomex*. Obtenido de Vértigo político: https://www.vertigopolitico.com/politica/estados/20-mil-comunidades-dormitorio-en-15-municipios-de-edomex

Casas, D. (2019). Representaciones sociales sobre los tiempos en la consulta médica: la voz de los médicos y pacientes. *Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México, 7*(1), 29-37. Obtenido de https://redsacsic.org/wp-content/uploads/2024/12/Representaciones-sociales-sobre-los-tiempos-en-la-consulta-medica-la-voz-de-los-medicos-y-pacientes.pdf

CONEVAL. (2020). *Documento conceptual y metodológico del sistema de información de Derechos Sociales.* https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/SIDS/Documento % 20Conceptual_Metodologico.pdf.

CONEVAL. (2023). *El derecho a la salud por las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico.* Ciudad de México: CONEVAL.

Consejo Estatal de Población Gobierno del Estado de México. (2020). Información municipal. Obtenido de https://coespo.edomex.gob.mx/informacion_municipal

Gámez-Ibarra, N., Sánchez-Molina, C., & Alva-Alva, R. (jul-dic de 2025). La violencia estructural y cultural en la enseñanza de la medicina: problema de políticas públicas y educativas. *REVISTA DYCS VICTORIA, 7*(2), 61-75. doi:https://doi.org/10.29059/rdycsv.v7i2.224

Gobierno de México. (03 de 06 de 2025). El Plan Integral del Oriente del Estado de México. Obtenido de https://www.gob.mx/inafed/es/articulos/el-plan-integral-del-oriente-del-estado-de-mexico?idiom=es

Gobierno de México. (mayo de 2025). *Estado de México. Entidad Federativa*. Obtenido de Data México: https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/mexico-em#:~:text=Seg%C3%BAn%20datos%20del%20Censo%20Econ%C3%B3mico,bienes%20o%20servicios%20(12.3%25).

INEGI. (26 de enero de 2021). COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 55/21. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_EdMx.pdf

Islas, R. G., Valencia, A. I., Bustos , E., Ruvalcaba, J. C., & Reynoso, J. (2020). Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hodalgo, México. *JONNPR, 5* (10), 1163-78. doi:10.19230/jonnpr.3770

Jackson, B., & Sadler, L. (nov de 2022). Structural violence: An evolutionary concept analysis. *Journal Advance Nurse, 78*(11), 3495-3516. doi:doi: 10.1111/jan.15341

Jarillo-Soto, E. C., Casas-Patiño, D., & Contreras-Landgrave, G. (2016). La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, 4* (11). Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457647810006

Larios, A. (2021). *Desigualdades en el acceso a la salud: panorama del gasto en México.* Ciudad de México: Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C. Obtenido de https://fundar.org.mx/ wp-content/uploads/2021/12/Desigualdad-en-el-acceso-a-la-salud.pdf#:~:text=Son%20varias%20las%20causas%20de%20esta%20situaci%C3%B3n%2C,menores%20ingresos%20(Ciep%2C%20Fundar%20y%20Oxfam%2C%202021

Linares, J. (2013). Nezahualcóyotl, ciudad dormitorio a polo de desarrollo de la región. *Paradigma económico, 5*(2), 117-144. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/4315/431565604005.pdf

Machado, S., & Goldenberg, S. (2021). Sharpening our public health lens:advancing im/migrant health equity during COVID-19 and beyond. *International Journal for Equity in Health, 20*(57), 2-3. doi:https://doi.org/10.1186/s12939-021-01399-1

Moreno-Sanchez, E. (2012). Caracterización social urbana y territorial de la región oriente del Estado de México. *Quivera*, 2-19. Obtenido de https://www.redalyc.org/journal/401/40143424005/html/

Moreno-Sánchez, E. (julio-diciembre de 2015). Lo urbano en la región oriente del Estado de México. *Quivera*, 73-107. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/401/40143424005.pdf

Pimienta-Lastra, R., Vera-Bolaños, M., Tapia-Quevedo, J., & Orozco-Hernández, M. E. (2015). Evolución histórica de la población del Estado de México. *Quivera. Revista de Estudios Territoriales, 17*(2), 109-138. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40143424006

Redacción. (12 de mayo de 2015). *Open Gov Latam*. Obtenido de Diagnósticos de Municipios del Oriente del Estado de México: https://opengovlatam.com/diagnostico-de-municipios-del-oriente-del-estado-de-mexico/

Rodríguez, A., Casas, D., Martínez, A. L., & Amezcua, H. (2023). Especialidad médica en México: "aqui se forja el carácter". *Acta Scientiarum. Education, 45*, 2-12. Obtenido de http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S2178-52012023000100219&script=sci_arttext&tlng=es

Rodríguez, A., Jarillo, E. C., & Casas, D. (2020). Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica. *Acta Scientiarum. Human and Social*

Sciences, 42(2). doi:https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v42i2.53134
Serrano, P. (2021). COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. *Enfermería clínica*, S2-S3. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-S113086212030317X
Siles, M. (02 de 07 de 2025). ¿En qué consiste el Plan Integral del Oriente de Edomex? Estos 10 municipios serán beneficiados. *El Universal*. Obtenido de https://www.eluniversaledomex.com.mx/valle-de-mexico/en-que-consiste-el-plan-integral-del-oriente-de-edomex-estos-10-municipios-seran-beneficiados/
Vega, A. (1999). Los retos que enfrentan los gobiernos locales del Oriente de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México al final de siglo XX. *Iztapalapa 46*, 127-142. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7057876.pdf

Revista iapem

El Plan Integral de la Zona Oriente del Estado de México: un abordaje para la transterritorialidad de los problemas públicos

The Comprehensive Plan for the Eastern Region of the State of Mexico: An Approach to the Transterritoriality of Public Problems

Instituto de Políticas Públicas del Estado de México y sus Municipios

Toluca, México, 2026

© **Revista IAPEM**
Instituto de Políticas Públicas del Estado de México y sus Municipios

Av. Hidalgo Pte. Núm. 503
Col. La Merced, Toluca, México
C.P. 50080. Tels.: (01722) 213 4672, (01722) 213 4673, (01722) 213 4674
Página web: http://iapem.edomex.gob.mx

ISSN 1665-2088

Número de Autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal: CE: 207/01/05/25

Certificado de Licitud de Título Núm. 6714
Certificado de Licitud de Contenido Núm. 6995
Certificado de Reserva de Derechos al Uso
Exclusivo del Título: 04-2013-013012312200-102

Los trabajos que aparecen en esta revista son responsabilidad de los autores y no necesariamente expresan el punto de vista del Instituto de Políticas Públicas del Estado de México y sus Municipios.

Revista IAPEM es una publicación cuatrimestral especializada en Administración Pública. Está dirigida a personas, funcionarias, administradoras, investigadoras, docentes, analistas y a todas aquellas interesadas en la Administración Pública global, nacional y local.

Directorio

Delfina Gómez Álvarez
Gobernadora Constitucional del Estado de México

Consejo Directivo

Óscar Flores Jiménez
Secretario de Finanzas y Presidente del Consejo Directivo

Roberto Arturo Rodríguez Reyes
Encargado de la Dirección General del IAPEM y Secretario del Consejo Directivo

Consejeros

Israel Sánchez López
Representante de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación del Estado de México

Arturo Pontifes Martínez
Vocal Ejecutivo del Instituto Hacendario del Estado de México

Perla Lorena Mendoza Martínez
Representante de la Secretaría de Finanzas del Estado de México

Reyna María del Carmen Ávila Vázquez
Experta en Administración Pública

Itzel Guadalupe Pérez Correa
Representante del Poder Legislativo del Estado de México

Laura González Hernández
Experta en Administración Pública

Enrique Víctor Manuel Vega Gómez
Representante del Poder Judicial del Estado de México

René Lázaro Cárdenas Contreras
Comisario representante de la Secretaría de la Contraloría del Estado de México

Ricardo Moreno Bastida
Presidente Municipal Constitucional de Toluca

Alfonso Campuzano Ramírez
Representante de la Oficialía Mayor del Estado de México

Azucena Cisneros Coss
Presidenta Municipal Constitucional de Ecatepec

Samuel Espinosa García
Representante de la Consejería Jurídica del Estado de México

Revista IAPEM, Núm. 123, Enero-Abril de 2026.

Editada por el Instituto de Políticas Públicas
del Estado de México y sus Municipios.

Se terminó de imprimir en Abril de 2026.
La edición consta de 300 ejemplares.