

Estado de la publicación: El preprint no ha sido enviado para publicación

# Sufrimiento, padecimiento y vulneración institucional en la atención a la salud: Una revisión exploratoria de la evidencia empírica

Martha Patricia Aceves Pulido, Sofia Elizabeth Peña Marroquín, Abigail Rodríguez Cruz, Geraro Ivan Martinez Vizcaino

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14823>

Enviado en: 2026-01-13

Postado en: 2026-01-14 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

# **Sufrimiento, padecimiento y vulneración institucional en la atención a la salud: Una revisión exploratoria de la evidencia empírica**

## **Suffering, illness experience and institutional abuse in health care: An exploratory review of the empirical evidence**

### **Martha Patricia Aceves Pulido**

Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1904-4401>

### **Sofía Elizabeth Peña Marroquín**

Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1913-3059>

### **Abigail Rodríguez Cruz**

Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1360-2520>

### **Gerardo Ivan Martinez Vizcaino**

Universidad Lamar, Guadalajara, Jalisco, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8122-4828>

## **RESUMEN**

### **Objetivo**

Explorar la producción empírica sobre la vulneración institucional en la prestación de servicios de salud y su relación con el sufrimiento y el padecimiento de las personas usuarias.

### **Método**

Se realizó una revisión exploratoria en PubMed que incluye artículos entre 1970 y 2024 seleccionados con base al título y resumen mediante una revisión independiente por pares, basada en criterios de pertinencia temática y congruencia con la pregunta de investigación. Finalmente, se incluyeron 16 artículos en el análisis.

### **Resultados**

Los estudios analizados evidencian prácticas de discriminación, abuso, negligencia y exclusión en distintos espacios institucionales del sistema de salud, que afectan de manera diferenciada a poblaciones históricamente marginadas. Se identificó una heterogeneidad conceptual en el uso de los términos abuso y vulneración institucional.

### **Conclusiones**

El análisis realizado sugiere que el sufrimiento que las personas padecen en la búsqueda de la atención a la salud constituye una experiencia social y relacional vinculada a elementos estructurales e ideológicos reproducidos en el marco institucional que evidencian la necesidad de enfoques críticos y de derechos humanos en la producción científica.

### **Palabras clave**

Vulneración institucional, sufrimiento, padecimiento, servicios de salud

## **ABSTRACT**

### **Aim**

To explore the empirical literature on institutional abuse in health care delivery and its relationship with the suffering and illness experience of health service users.

### **Method**

An exploratory review was conducted in PubMed, including articles between 1970 and 2024, selected based on the title and abstract through an independent peer review, based on criteria of thematic relevance and congruence with the research question. Finally, 16 articles were included in the analysis.

### **Results**

The studies analyzed show practices of discrimination, abuse, neglect, and exclusion in different institutional spaces of the health system, which differentially affect historically marginalized populations. A conceptual heterogeneity was identified in the use of the terms institutional abuse.

### **Conclusions**

The analysis carried out suggests that the suffering that people endure in the search for health care constitutes a social and relational experience linked to structural and ideological elements reproduced in the institutional framework that demonstrate the need for critical approaches and human rights in scientific production.

### **Keywords**

Institutional abuse, suffering, illness experience, health services

## **INTRODUCCIÓN**

El sufrimiento y el padecer en el contexto de la salud pública emergen como temas importantes. Forman parte de la experiencia de los sujetos protagonistas del proceso de salud-enfermedad-atención, se convierten en parte de un fenómeno que interfiere en el bienestar de la persona usuaria de servicios de salud, en el apego a las recomendaciones sobre el tratamiento, en la relación médico-paciente, entre otros aspectos. Este análisis evidencia las prácticas que tienen lugar en estos espacios, las cuales involucran a los profesionales de la salud, así como al personal administrativo.

En este contexto, resulta pertinente analizar cómo las instituciones de salud, lejos de operar exclusivamente como espacios de cuidado, pueden convertirse en escenarios donde se reproducen prácticas de exclusión, abuso y vulneración de derechos, generando sufrimiento y padecimiento en las personas usuarias. A pesar de la creciente literatura sobre desigualdades en salud, la producción empírica que articula de manera explícita la relación entre vulneración institucional, sufrimiento y padecimiento continúa siendo dispersa y fragmentaria, particularmente cuando se consideran poblaciones históricamente marginadas. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo explorar la producción empírica en torno a la vulneración institucional en la prestación de servicios de salud y su relación con las experiencias de sufrimiento y padecimiento de las personas usuarias, a partir de una revisión exploratoria de la evidencia disponible.

Centrar la atención en los temas de sufrimiento y padecer en la literatura del campo de la salud pública resulta pertinente en términos de valorar la ponderación de aspectos subjetivos en los análisis académicos. Tomando en cuenta el valor de la objetividad en la ciencia dominante y hegemónica, eminentemente positivista, es que se plantea la necesidad de establecer como punto focal la perspectiva del sujeto que experimenta la enfermedad, el dolor y la atención en salud. Este documento rescata la manera en que se han explorado los temas sobre padecimiento y sufrimiento como una experiencia eminentemente social y relacional en un contexto estructural e ideológicamente determinado que produce formas de atención a la salud.

Finalmente, rescata la manera en que se define conceptualmente el abuso y la vulneración en los artículos incluidos que evidencian relaciones de maltrato, discriminación y negligencia. Cabe destacar que son pocos los artículos que definen conceptualmente los términos y constructos incluidos en los estudios.

## **METODOLOGÍA**

Inicialmente, fueron rescatados 3090 artículos de PubMed, utilizando combinaciones de palabras seleccionadas por medio de los siguientes terminos MeSH: “Social vulnerability”, “Social Marginalization”, “Sociological Factors”, “Abuse”, “Characteristics”, “Institution”, “Vulnerable”, “Legislation and Jurisprudence”, “Organizations”, “Government”, “Human Rights”, “Minority Groups”, “Vulnerable Populations” y “Health Disparate Minority and Vulnerable Populations”.

En esta revisión se recuperaron artículos desde 1970 hasta 2024. En el primer proceso de filtrado se descartaron los artículos repetidos, así como los artículos de revisión, lo cual redujo la cantidad de artículos a 2551. A partir de estos se realizó una selección manual por títulos, de manera que se eligieron los más relevantes en un proceso de análisis cualitativo en el que se revisó coherencia, argumentación, congruencia metodológica mediante una revisión y reducción por pares. Cada uno de los artículos seleccionados debían mantener relación con la pregunta: ¿Cómo se ha explorado la relación entre institución y abuso en procesos de atención a la salud?, dando un total de 121 artículos restantes que fueron analizados a partir del Abstract.

Cabe destacar que se toma como base la palabra clave “*abuse*” debido a que los artículos incluidos con la palabra “*social vulnerability*” no arrojaba artículos que incluyeran temas relativos a las instituciones de salud. A partir de aquí se descartaron aquellos que no contaban con un *abstract* o resumen y en los que los resultados no tenían una relación con lo que habían declarado en sus objetivos, por lo que no fueron conclusivos o sin una relación directa al tema de sufrimiento, padecer y vulneración institucional, lo que redujo la cantidad de artículos a 16. Los artículos que finalmente se seleccionaron se trabajaron en una base de datos, en la que se recuperó información sobre: año de publicación, país, revista, población vulnerable, tipo de metodología, objetivo y resultados con el propósito de agrupar y analizar de manera específica si hay una relación o tendencia entre estos.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los hallazgos derivados del análisis de los 16 artículos incluidos en la presente revisión. Se organizaron luego de identificar los patrones y convergencias en los contenidos. El análisis considera el tipo de institución, las poblaciones estudiadas, las prácticas identificadas y las aproximaciones conceptuales empleadas para definir el abuso y la vulneración. Asimismo, se destacan las formas en que estas prácticas se inscriben en contextos estructurales y relacionales que inciden en la experiencia de la atención en salud, permitiendo dar cuenta de la heterogeneidad de escenarios y enfoques presentes en la literatura revisada.

## **Población vulnerada e interseccionalidad**

Cuando se habla de las experiencias de sufrimiento y padecer en la salud pública, resaltan aquellas relacionadas con la exclusión, el estigma y la violencia institucional que afectan a diversos grupos históricamente vulnerados. Estos grupos no forman categorías aisladas; muchas veces se interceptan en dinámicas complejas de marginalización. Desde la perspectiva de los sujetos vulnerados, es posible comprender cómo distintas maneras de desigualdad se entrelazan y potencian mutuamente, generando formas específicas de sufrimiento. En este caso, en las instituciones de salud, concebidas como espacios de cuidado, pueden convertirse en escenarios de control, exclusión y silenciamiento para quienes portan identidades o trayectorias que desafían los modelos hegemónicos de paciente “ideal”.

### **A) Adultos mayores**

De los artículos encontrados que relatan la experiencia de los adultos mayores, se rescataron distintas conclusiones que se complementan entre sí, en tanto que cada una aborda la problemática desde enfoques diferentes. Esta diversidad de perspectivas no genera contradicción, sino que enriquece el análisis y amplía el panorama de comprensión sobre las múltiples formas de vulneración que atraviesan a los adultos mayores. En este sentido, se evidencia cómo estas vulneraciones se manifiestan a través de su invisibilización social al ser percibidos como dependientes, carentes de autonomía y de capacidad de decisión (Walsh, et al. 2011); se les somete a distintas variaciones de violencia y negligencia en contextos que pretenden asistir en su salud y cuidado (Page, et al. 2009). Este tipo de prácticas genera un sufrimiento que trasciende lo físico y se ancla en la pérdida de agencia y reconocimiento social.

### **B) Población LGBTQ+**

La población LGBTQ+ se enfrenta a formas específicas de exclusión basadas en la heteronormatividad y el desconocimiento de sus necesidades particulares de salud. La falta de protocolos inclusivos y la persistencia de prejuicios entre el personal sanitario generan experiencias de rechazo e invisibilización; la búsqueda de atención médica les implica exponerse nuevamente a procesos de discriminación y patologización de su identidad (Zahn, 2016). Este patrón se repite en otros espacios sociales y estatales, donde la violencia emocional se entrelaza con formas más severas de violencia física, económica y sexual, además las agresiones suelen provenir de figuras de autoridad, consolidando un entorno

hostil que vulnera el derecho fundamental a la salud (Lanham, 2019). Incluso, en contextos donde la religión, las leyes y las normas culturales tienen una postura represiva hacia la diversidad sexual y de género (Sekoni, 2022).

#### C) Mujeres embarazadas

La violencia obstétrica, la imposición de decisiones médicas y la falta de respeto hacia el cuerpo gestante despojan a las mujeres de su autonomía, amplificando su sufrimiento más allá del embarazo. Las desigualdades de género, junto con factores socioeconómicos, culturales y lingüísticos, crean posiciones diferenciadas de vulnerabilidad, especialmente para quienes ya pertenecen a grupos marginados (Perera, 2018). Las mujeres relatan experiencias de abuso durante la atención prenatal y el parto, donde el desequilibrio de poder con el personal sanitario condiciona su comportamiento y responsabiliza a la paciente por los resultados adversos (Solnes Miltenburg, 2018). La cercanía al nacimiento intensifica esta vulnerabilidad, al coincidir con la mayor presencia del personal y la presión de factores institucionales, estas experiencias evidencian cómo la interacción de normas sociales, estructuras de poder y prácticas del sistema de salud perpetúa la vulneración, subrayando la necesidad de enfoques que respeten su autonomía y seguridad (Bohren, 2019).

#### D) Personas en situación migratoria irregular

Las personas con una situación migratoria irregular enfrentan una vulneración institucional marcada por miedo, desconfianza y barreras legales que limitan su acceso a la atención sanitaria. La falta de documentos, la necesidad de trabajar para sobrevivir y el temor a ser rastreados generan autoexclusión de los servicios de salud, retrasando diagnósticos y tratamientos (Stoesslé, 2015; Jiménez-Lasserrotte, 2023). En los encuentros clínicos, estas personas se enfrentan a interpretaciones culturales incorrectas de sus síntomas, actitudes xenófobas y desigualdad en la atención, fenómenos que pueden ser evidentes en emergencias sanitarias (Jiménez-Lasserrotte, 2023). El padecer de este grupo está atravesado por la exclusión, la incertidumbre y la presión constante de las condiciones legales y socioeconómicas, recalcando la necesidad de servicios adaptados a sus características.

#### E) Madres solteras

Las experiencias de las madres solteras que se muestran en Amroussia et al. (2017) no solo reflejan la deficiente calidad de los servicios de salud materna, sino también la forma en que las instituciones reproducen la estigmatización social que rodea a la maternidad soltera. En los encuentros clínicos, este estigma se manifiesta en actitudes de desconfianza, desvalorización o trato desigual, de este modo, el sufrimiento se amplifica, tanto por las

dificultades materiales o emocionales que conlleva la crianza en solitario como por la falta de reconocimiento y legitimación institucional de sus experiencias.

#### F) Afrodescendientes

De acuerdo con Hamilton et al. (2015), la racialización atraviesa las prácticas de salud, configurando experiencias diferenciadas en el acceso, diagnóstico y tratamiento de las personas afrodescendientes. Estas desigualdades no se limitan a las condiciones socioeconómicas, sino que se inscriben en estructuras históricas y sociales que determinan quién es escuchado, cómo se interpreta su sufrimiento y qué tipo de atención recibe. En este contexto, el cuerpo racializado se convierte en un territorio de interpretación sesgada, donde los síntomas son filtrados por prejuicios culturales más que por criterios clínicos objetivos. La atención médica, aun contando con seguro o recursos, puede reproducir inequidades estructurales cuando los prejuicios y la interpretación sesgada determinan la práctica clínica.

#### G) Exconvictos

En Redmond, et al. (2020) las personas que han pasado por el sistema penitenciario suelen enfrentarse a un fuerte estigma institucional que condiciona su relación con el sistema de salud. En muchos casos, la discriminación percibida por parte de los proveedores de salud, basada en el historial criminal, se asocia con peores autopercepciones de salud general. La discriminación percibida influye en retrasos en la búsqueda de atención, menor adherencia a los tratamientos recomendados y disminución del uso de servicios preventivos, generando un impacto directo sobre la salud física y mental de la población afectada. Entonces el historial penal se convierte en un marcador que condiciona la valoración de sus necesidades, invisibilizando sus problemas de salud y limitando su acceso a intervenciones oportunas.

### **Institución que vulnera**

El análisis de la vulneración de los derechos en los espacios de atención sanitaria permite reconocer que las formas de abuso y maltrato hacia las poblaciones usuarias no se restringen a un tipo de institución, sino que se manifiestan en distintos contextos organizacionales y estructurales del sistema de salud.

#### A) Hogares para ancianos

Uno de los espacios institucionales que brindan atención a una población en particular en los que tiene lugar la vulneración de los derechos de los usuarios son los centros de asistencia, también llamados hogares para ancianos. La revisión arrojó dos trabajos (Page et al., 2009 & Cardona-Arango et al., 2010) en los que se observan situaciones de abuso hacia los adultos

mayores. En ambos trabajos se investigan entornos de cuidado estructurado y formal. Aunque los resultados difieren, ambos identifican la existencia de abuso o negligencia en sus respectivas poblaciones. Page, et al (2009) realizó en el año 2005 una encuesta transversal a cuidadores primarios e instituciones que brindan cuidados y encontraron que los asilos son los espacios donde tienen lugar los abusos y negligencia a los adultos mayores. Sugieren que el entorno de cuidado es un factor significativo de riesgo, con las residencias de ancianos (*nursing homes*) mostrando las tasas más altas de abuso, incluyendo un aumento en las probabilidades de negligencia al moverse de cuidados en casa a residencias. Por su parte, Cardona et al. (2010) analizaron el apoyo social digno (*dignified social support*) que reciben los adultos mayores institucionalizados en Colombia, en un estudio también transversal, y encontraron que los adultos mayores parecen recibir en mayor medida humillaciones e insultos de parte de sus familiares y no de cuidadores institucionales. Ambos estudios destacan que aspectos como el estado de salud y la soledad hacen a la población más propensa al trato abusivo al recibir cuidados.

#### B) Hospitales psiquiátricos

Los hallazgos de los estudios que tomaron como espacio de análisis un hospital psiquiátrico evidencian la manera en que los factores demográficos como la raza y el género influyen en la utilización de servicios de salud mental, el diagnóstico diferencial y las percepciones del personal en entornos de hospitalización.

Ambos estudios examinan indirecta o directamente las perspectivas y decisiones del personal de salud mental dentro del hospital. El personal es central en el estudio de Krumm et al. (2006), que evalúa sus actitudes hacia el género del paciente. En el estudio de Hamilton et al. (2015), las disparidades diagnósticas y de admisión apuntan a la necesidad de examinar los factores que contribuyen a estas desigualdades, lo cual incluye las decisiones y sesgos del personal asistencial.

Los hallazgos tienen implicaciones directas para la práctica y la organización de la atención dentro del hospital psiquiátrico. Krumm et al. (2006) analizan las implicaciones prácticas de las actitudes de género del personal en la provisión de salas segregadas, especialmente para las pacientes con antecedentes de abuso sexual. Hamilton et al. (2015) resaltan la importancia de examinar las disparidades utilizando marcos conceptuales desarrollados para poblaciones vulnerables, lo que es vital para mejorar los procedimientos de admisión y diagnóstico en el hospital.

### C) Centros de Salud

Por otro lado, se agruparon los artículos que dan cuenta del abuso en centros de salud. Se nombraron como centros de salud a los espacios concretos en los que se brinda atención, es una unidad operativa derivada del primer nivel de atención. Los artículos de Perera (2018), Bohren et al. (2019) y Amroussia et al. (2017) dan cuenta de la existencia de maltrato, violencia o discriminación percibida en los entornos de atención sanitaria, acciones que representan una violación de los derechos humanos de las mujeres y están intrínsecamente ligadas a la persistencia de la desigualdad de género.

Bohren et al. (2019), en un estudio realizado en Ghana, Guinea y Nigeria, reveló que más de un tercio de las mujeres observadas experimentaron abuso físico o verbal, o estigma o discriminación durante el parto en cuatro países. El maltrato se observó principalmente en el período inmediato alrededor del parto. La misma violencia obstétrica se hace presente en los estudios realizados en Sri Lanka (Perera, 2018) y Túnez (Amroussia et al., 2017). En este último estudio destaca además que las madres solteras son las que experimentaron prácticas discriminatorias y abuso en mayor medida.

Las formas específicas de maltrato documentadas son recurrentes y evidencian la falta de respeto por la dignidad, la autonomía y el cuidado básico o negligencia. En específico se identificaron 4 formas de maltrato:

1. **Abuso Verbal y Físico:** El abuso verbal (ser gritado o regañado) es una práctica común reportada en dos de los estudios incluidos (Bohren et al., 2019; Amroussia et al., 2017).
2. **Procedimientos No Consentidos:** En el estudio de Bohren et al. (2019), a través de los datos recolectados mediante la observación, se registró una recurrente falta de consentimiento en episiotomías y en exámenes vaginales.
3. **Negligencia y Abandono:** La negligencia y el abandono son quejas comunes (Bohren et al., 2019; Amroussia et al., 2017). El estudio de Amroussia et al. (2017) reporta que las participantes se sintieron ignoradas y sufrieron hambre y frío debido a la negligencia, además de quejarse de las malas condiciones de las instalaciones. Por su parte, el estudio de Bohren et al. (2019) encontró que las mujeres esperaron largos períodos antes de ser atendidas por los trabajadores de la salud.
4. **Estigma y Discriminación:** El trato discriminatorio se observa en diferentes contextos según la fuente de estigmatización: antecedentes penales (Redmond, 2020), ser madre soltera (Amroussia et al., 2017), así como la edad, clase social y origen étnico (Perera, 2018; Bohren et al., 2019; Amroussia et al., 2017; Redmond, 2020)

La vulnerabilidad al maltrato es compleja y se ve exacerbada por la intersección de múltiples categorías sociales. Dentro de estos estudios se observa la presencia del estigma basado en la moralidad y en prácticas discriminatorias en razón de género y clase social.

#### D) Entidades públicas de salud

Se identifica como entidades públicas de salud a las instituciones de alcance amplio de orden estatal que brindan atención a distintos niveles y están integradas por centros específicos. Dentro de esta categoría se encuentran 3 estudios recuperados en la presente revisión, de la cual se identifican los siguientes hallazgos, los cuales son además atribuibles al organismo. Las experiencias aquí agrupadas dan cuenta de la manera en que las poblaciones enfrentan una alta vulnerabilidad y marginación dentro de los sistemas de salud (Sekoni et al., 2022; Jiménez-Lasserrotte et al., 2023).

En Nigeria, Sekoni et al. (2022) desarrollan un trabajo sobre la población LGBT+ y proponen, bajo el concepto de "poblaciones sanitarias ocultas" (hidden healthcare populations), que los grupos minoritarios son frecuentemente excluidos o marginados en la investigación, las políticas y los sistemas de salud (Sekoni et al., 2022).

Jiménez-Lasserrotte et al. (2023) realizaron un estudio con personas en situación migratoria irregular que viven en asentamientos informales y describieron su experiencia como de vulnerabilidad extrema durante la pandemia de COVID-19, debido a sus condiciones de vida precarias, su situación administrativa y su limitado acceso al sistema de salud.

Las disparidades de salud son evidentes y se manifiestan a través de malos tratos y acceso desigual. El abuso y rechazo de las instituciones de salud hacia la población LGBT+ se evidencia en las experiencias recuperadas en Nigeria (Sekoni et al., 2022). En el marco de la intención del presente análisis, resalta el trabajo de Sekoni et al. (2022), el cual subraya que la discusión tiene implicaciones significativas para la política y la educación sanitaria, así como la necesidad de generar datos específicos para el contexto nigeriano que guíen las intervenciones dirigidas a grupos minoritarios. Critican la naturaleza occidental-céntrica de gran parte de la teoría de la política sanitaria, ofreciendo un análisis que incorpora perspectivas queer, postcoloniales y africanas.

## **Vulneración estructural**

Más que referirse a una institución concreta, un grupo de trabajos identifica como fuente de vulneración de los derechos de salud a la estructura social. De manera que en este apartado se incluyen estudios cuyos hallazgos van en el sentido de visibilizar quizá el tipo de violencia más opaca.

En un estudio cualitativo realizado en Canadá, que utilizó como fuente de recolección de información los grupos focales, los resultados apuntan hacia una vulneración estructural de la población de adultos mayores debido a que no se les brinda servicios sociales apropiados y sensibles desde su óptica, lo cual es resultado de un sistema de opresión donde éste sector de la población es invisibilizado (Walsh et al. 2011)

En México, Pinedo et al (2015) tomaron como ejemplo de violencia estructural los casos en los que el estado, a través de la fuerza armada y la policía ejercieron acciones que victimizan y revictimizan a los sectores más vulnerables de la población a razón de la precariedad y el limitado acceso a recursos económicos.

En un estudio realizado en El Salvador, Trinidad y Tobago, Barbados y Haití, Lanham et al. (2019) evidenciaron que la población trans es víctima de violencias basadas en el género y la transfobia, la cual, se hace manifiesta en las interacciones con instituciones de estado. Sobresalen entre los hallazgos las instituciones educativas, las sanitarias y la policía. Las personas entrevistadas identifican una degradación de sus personas y la negación de su identidad como mujer y hasta su condición humana. Agresiones, extorsiones, desconfianza, revictimización y falta de acceso constituyen las manifestaciones atribuibles por los autores a las barreras estructurales.

La literatura revisada evidencia que estas prácticas se presentan tanto en entornos de cuidado formal, como los hogares para ancianos y los hospitales psiquiátricos, como en los centros de salud y en las instituciones de mayor alcance. Asimismo, diversos estudios identifican que las condiciones estructurales, los determinantes sociales y las desigualdades históricas actúan como factores que perpetúan la vulnerabilidad y la exclusión dentro de los servicios de atención. En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que la violencia institucional en salud no constituye un fenómeno aislado, sino un reflejo de las relaciones de poder, los estigmas sociales y las fallas sistémicas que atraviesan los distintos niveles de la atención sanitaria.

## **Tipo de violencia**

Reconocer los distintos tipos de violencia por los que una persona puede ser vulnerada en los espacios institucionales de salud es clave para comprender cómo el sufrimiento no siempre proviene de la enfermedad, sino de relaciones desiguales que se inscriben en la atención misma. Estas formas de violencia no solo reflejan orígenes individuales o administrativos, sino que expresan sistemas más amplios de opresión que operan a través de otros factores estructurales.

### **A) Discriminación a adultos mayores**

En conjunto, los artículos que abordan la situación de los adultos mayores coinciden en señalar que esta población se enfrenta a formas persistentes de violencia. El maltrato no se limita al ámbito físico; incluye distintas dimensiones y características particulares.

Page, et al. (2009) reportaron, en Estados Unidos, distintos tipos de violencia ejercida a adultos mayores en un hogar de ancianos y atención domiciliar pagada y vida asistida. Se destaca la negligencia, específicamente el descuido, además de abuso emocional, verbal, físico y sexual por parte del personal de la institución.

Por otro lado, Cardona-Arango, et al. (2010) habla no solo del abuso que reciben los adultos mayores institucionalizados en Centros de asistencia social, sino que encuentran que este viene mayoritariamente de seres queridos. Principalmente se refiere a la violencia verbal y emocional, derivando en sentimientos de soledad.

Walsh, et al. (2011) establece que la sola condición de ser adultos mayores los posiciona en una situación de vulnerabilidad estructural; cuando esta se entrecruza con otras condiciones adversas, se profundizan los desequilibrios de poder, lo que favorece dinámicas de aislamiento y exclusión, perpetuando así un ciclo continuo de vulneración. En este artículo, además de evidenciar el edadismo, se registran otros tipos de opresión generados por la interseccionalidad de esta población de adultos mayores, entre los cuales se incluyen sexismo, capacitismo, racismo, homofobia y clasismo.

### **B) Violencia obstétrica**

Los sistemas de salud se ven atravesados por desigualdades estructurales que redundan en estigmas y prejuicios que se hacen patentes en sus prácticas. Muestra de ello, son los hallazgos de los estudios cuyo centro y objeto de análisis fue la violencia obstétrica. La discriminación y el abuso parecieran hacerse presentes en relaciones de poder que expresan jerarquías de género.

Amroussia et al. (2017) documentan cómo las madres solteras, atendidas en hospitales públicos, experimentaron una atención marcada por el estigma social hacia la maternidad fuera del matrimonio. Las mujeres reportaron prácticas abusivas como abandono, violencia verbal y física, así como actitudes discriminatorias por parte del personal de salud. Estas experiencias no solo vulneran su integridad durante el parto, sino que también refuerzan autopercepciones negativas relacionadas con su identidad como madres, mostrando cómo la violencia obstétrica opera como una extensión institucional de los juicios morales de la sociedad.

De manera similar, Perera et al. (2018) identificaron que la violencia obstétrica estaba atravesada por desigualdades estructurales de género, clase social, idioma y pertenencia cultural. Las mujeres más jóvenes, de menores recursos o que no hablaban el idioma dominante eran más propensas a ser tratadas con desdén, sometidas a maltrato o ignoradas durante la atención. Esta discriminación llevó a muchas de ellas a evitar ser atendidas en instituciones hospitalarias o a cambiar de hospital en embarazos posteriores. De los resultados de este trabajo se deduce la evidente desconfianza generada por el trauma institucional previo.

Por su parte, en Solnes Miltenburg et al. (2018), las narrativas de las mujeres evidenciaron experiencias reiteradas de abuso y falta de respeto durante toda la atención perinatal. El estudio vincula directamente estas prácticas con la violencia estructural, al señalar cómo el poder institucional, expresado a través del estatus técnico del personal, se impone sobre las mujeres mediante un trato autoritario. Se espera que ellas se ajusten a normas implícitas de obediencia, y cuando no lo hacen, son culpabilizadas por las irregularidades y distancias durante el seguimiento médico y servicio.

Finalmente, Bohren, et al. (2019) evidenció que el maltrato durante el parto —incluido abuso físico, verbal, estigmatización y discriminación— fue una experiencia común, particularmente en los momentos más críticos del trabajo de parto. Esta concentración del abuso en torno al momento del nacimiento se relaciona con el estrés del personal y con la presencia institucional intensificada, lo que pone de relieve cómo las condiciones estructurales de los centros de salud también moldean las dinámicas de violencia obstétrica.

En todos los casos analizados, se confirma que la violencia obstétrica no responde únicamente a sistemas de ideas individuales o a falta de formación técnica, sino que está inserta en relaciones desiguales de poder que reproducen estigmas sociales dentro del ámbito clínico. El sufrimiento que emerge de estas prácticas compromete no solo la salud

física de las mujeres, sino también su dignidad, su autonomía y su derecho a una atención respetuosa y libre de violencia.

### C) Racismo

En el artículo de Hamilton, et al. (2015), donde se comparó la experiencia de afroamericanos, blancos e hispanos en hospitales psiquiátricos, evidencia que la reproducción de violencias, muchas veces naturalizadas o invisibilizadas, se expresan tanto en la negación de acceso digno a los servicios como en la patologización de la diferencia racial por estereotipos culturales y actitudes que afectan su atención en la salud y profundizan la exclusión. Sugieren que las disparidades raciales en la atención de salud mental pueden no estar únicamente relacionadas con la prevalencia de enfermedades, sino también con las barreras para acceder a la atención y los diferentes factores que influyen en la búsqueda de ayuda. Factores como la representación –ausente o errónea– en el entorno clínico, severidad de los síntomas, hospitalizaciones repetidas y diagnósticos equívocos o tardíos sobresalen aún controlando variables socioeconómicas, pues las diferencias observadas no se explican únicamente por condiciones materiales, sino también por procesos clínicos y culturales más complejos.

### D) Discriminación a personas con situación migratoria irregular

De los artículos encontrados, resalta que ambos proponen la fuerte influencia de los factores psicosociales, como el miedo a la deportación, el trauma y la desconfianza institucional en el acceso a la salud, segregados por un sistema sanitario y políticas públicas, que, además de excluir a las personas con situación migratoria irregular, afectan al control epidemiológico poblacional.

El trabajo de Jiménez-Lasserrotte et al. (2023) visibiliza el doble castigo social y sanitario que sufren las personas con situación migratoria irregular, excluidos del sistema por sus estatus legal y posteriormente culpabilizados por su “invisibilidad” epidemiológica durante la pandemia del COVID-19. La discriminación hacia las personas con situación migratoria irregular se manifiesta como una barrera transversal que afecta todas las dimensiones de la atención sanitaria, desde el acceso físico a los centros de salud hasta la calidad y calidez de la atención recibida; en una población de africanos en territorios europeos, resaltan la falta de traductores, el trato diferenciado y los prejuicios por motivos religiosos y por ser una “población problema, y estructuralmente, está la ausencia de políticas públicas que garanticen atención inclusiva y culturalmente competente. Asimismo, las mujeres con situación migratoria irregular no solo se enfrentan a su estatus legal, sino también a su género, pues la dependencia económica de figuras masculinas, el temor a denunciar abusos y el riesgo de

violencia en el trabajo o en los asentamientos informales vulneran sus derechos más básicos. El miedo constante de esta población a represalias o deportación refuerza su silencio, lo que perpetúa su invisibilidad sanitaria y social.

Stoesslé, et al. (2015) ofrece una descripción detallada de la vulnerabilidad sanitaria de las personas con situación migratoria irregular de centroamericanos en tránsito por México, especialmente en el área metropolitana de Monterrey, la intersección entre pobreza, exclusión social, violencia y falta de acceso institucional agrava las desigualdades en salud. El artículo reconoce que las barreras estructurales tales como las económicas, legales y culturales, incluso, las condiciones de vida, los predisponen a enfermedades graves e impiden la atención médica oportuna, lo cual conlleva retrasos diagnósticos, además del aumento de la carga de enfermedad transmisible, en un contexto en el que pocos tienen contacto con servicios médicos, gran predominio de automedicación y frecuentes consultas en albergues.

#### E) Discriminación a personas con antecedentes penales

En el artículo de Redmond, et al. (2020), la discriminación percibida por parte de profesionales de salud hacia personas con antecedentes penales emerge como una forma de violencia institucional menos visibilizada, pero no por ello menos significativa. Estos individuos son frecuentemente tratados con desconfianza, estigmatizados por su pasado y excluidos simbólicamente del derecho a una atención empática y equitativa, como si su historial penal anulara su condición humana. Este estudio no encontró una asociación entre la discriminación percibida y la raza, etnia, nivel educativo o estatus socioeconómico, lo que sugiere que el antecedente penal en sí mismo actúa como un estigma independiente, capaz de influir negativamente en la experiencia sanitaria. Este hallazgo amplía el marco tradicional de análisis de inequidades en salud, históricamente centrado en la raza o el nivel económico, al incorporar una dimensión socialmente penalizante. También encontró que las experiencias previas al sistema penitenciario, en el cual acudieron por atención médica, influyen en el seguimiento y cuidado tras su liberación.

#### F) Homofobia

El estudio de Sekoni et al. (2022) revela que la homofobia en Nigeria opera como una forma de violencia estructural, simbólica e institucional que atraviesa todos los niveles de la experiencia sanitaria. No se trata únicamente de actitudes individuales de rechazo, sino de un sistema social y legal que legitima el castigo y la exclusión de las personas LGBT+, configurando lo que denominan una “población sanitaria oculta”, refiriéndose a cómo el miedo,

la discriminación y la invisibilidad institucional colocan a las personas LGBT+ fuera del alcance de las políticas públicas.

El texto evidencia que la exclusión del sistema sanitario nigeriano es un reflejo sociopolítico y postcolonial, que actúa como violencia directa cuando los profesionales niegan atención, humillan o “moralizan” al paciente, y como violencia indirecta que impide el acceso equitativo a la salud, desalienta la búsqueda de atención y genera miedo a la exposición. El Estado no sólo falla en proteger, sino que refuerza la marginación desde las leyes, la religión y las políticas públicas.

#### G) Transfobia

El estudio de Lanham et al. (2019), revela que la transfobia institucional y social constituye una de las formas más extendidas y dañinas de violencia basada en género en América Latina y el Caribe, violencia perpetrada desde los proveedores de servicios, provocando el abandono o evitación de servicios de salud, educación o justicia, la desconfianza institucional y el incremento de vulnerabilidad social, económica y sanitaria. Lejos de limitarse a agresiones físicas o sexuales, la violencia contra las mujeres trans adopta formas emocionales, simbólicas, económicas y estructurales, que se perpetúan en todos los niveles de interacción social, incluyendo los espacios que deberían proteger sus derechos, como los servicios de salud, educación y justicia. Denuncia que las mujeres trans no sólo sufren agresiones, sino que además pierden el acceso efectivo a servicios básicos, creando un ciclo de marginación que vulnera sus derechos humanos. Desde la falta de políticas inclusivas, la rigidez del binarismo de género, el privilegio masculino, hasta la ausencia de capacitación de los proveedores que contribuyen a perpetuar esta desigualdad, revela una brecha ética y estructural en los sistemas de salud y justicia de los países estudiados (Barbados, El Salvador, Haití y Trinidad y Tobago) relacionados a elementos profundamente arraigados en las normas culturales de la región.

#### H) Violencia de género

El estudio de Krumm et al. (2006) sobre las percepciones del personal psiquiátrico frente al género de los pacientes permite visibilizar cómo las representaciones culturales y los estereotipos de género influyen en la práctica clínica, afectando la equidad, la seguridad y la calidad de la atención. Las diferencias percibidas entre hombres y mujeres no se limitan a la presentación sintomatológica, pues las normas sociales intervienen como sesgo sobre lo que se considera “conducta adecuada” para cada género. Adjetivos como problemáticas, activas, demandantes o incluso agresivas se usaron más en mujeres que expresan ira, autonomía o deseo sexual, mientras que los hombres con síntomas depresivos o conductas dependientes

son percibidos como anormales, pasivos, retraídos o sumisos dentro del rol masculino. Se podría tratar de una estigmatización secundaria dentro del propio entorno terapéutico. Estos juicios, lejos de ser neutros, tienen consecuencias directas sobre las decisiones clínicas, los diagnósticos y el tipo de intervención que reciben los pacientes.

### **Definición de abuso y de vulneración institucional**

Identificar cómo se han definido términos como “abuso”, “malos tratos”, “opresión” y “violencia” dentro de la literatura se vuelve relevante, ya que su definición podría delimitar de una manera más clara el fenómeno observado. Conocer las definiciones permite establecer criterios base para el análisis e identificar de manera precisa las problemáticas que puede llegar a enfrentar cada población, delimitar la situación, comprender su alcance y posibles consecuencias.

A pesar de ser el fenómeno alrededor del cual se realizó toda una serie de observaciones y conclusiones, pocos fueron los artículos que definían el abuso, aun siendo el constructo central. Entre las definiciones rescatadas se encuentran las que se presentan a continuación.

Aunque el “abuso” es el fenómeno más descrito en la literatura, su definición rara vez aparece aislada; suele vincularse a manifestaciones específicas. No obstante, el denominador común en todas ellas es una relación de poder-dependencia, donde se identifica la intencionalidad del agresor y el daño a la víctima.

Al respecto, Page et al. (2009) clasifican las tipologías de abuso en la relación cuidador-paciente. Describen violencias ampliamente reconocidas como el abuso físico, materializado en acciones como golpes y empujones; el abuso sexual, que implica conductas indebidas y contacto forzado o sin consentimiento; el abuso verbal, expresado mediante gritos y amenazas; y el abuso emocional, entendido como un maltrato psicológico que conlleva trato irrespetuoso o aislamiento familiar.

Asimismo, identifican formas menos exploradas como el abuso material, referente al robo o uso indebido de los activos de la persona; el abuso en el cuidado, donde la asistencia se torna agresiva a través de prácticas como la sobre medicación o la alimentación forzada; y la negligencia, definida como el abandono que priva al paciente de necesidades básicas como alimento, agua o refugio.

En el estudio realizado por Amroussia et al. (2017) con madres solteras, se identifica como abuso al tratamiento irrespetuoso y abusivo que va desde las interacciones concretas de los

trabajadores de la salud hasta las implicaciones institucionales en las que tienen lugar conductas de violencia verbal y física, hasta la falta de higiene y fallas en los procesos.

Para Perera et al. (2018), el concepto de abuso incluye los actos intencionales de violencia emocional, verbal y sexual que en ocasiones pasan inadvertidos y pueden causar sufrimiento al paciente.

En el caso de Solnes et al. (2018), más que una definición realiza una caracterización del fenómeno, es decir, se señalan aquellos elementos observados para identificar el tipo de interacciones que serán categorizadas bajo el término abuso. No obstante, señalan también como amplia categoría descriptiva a la agresión y a comportamientos discriminatorios, sin dejar de lado al abuso que no se da de manera directa.

En síntesis, el análisis de las definiciones y caracterizaciones del abuso evidencia que, aunque el concepto es central en los estudios revisados, su delimitación teórica y operativa continúa siendo fragmentaria y heterogénea. Los distintos autores coinciden en reconocer que el abuso implica una relación asimétrica de poder y dependencia, la intencionalidad del agresor y la presencia de daño o sufrimiento en la persona afectada, pero difieren en el énfasis otorgado a sus dimensiones físicas, emocionales, verbales, sexuales o materiales. Esta diversidad conceptual refleja tanto la complejidad del fenómeno como la necesidad de avanzar hacia definiciones más integrales y contextualmente sensibles, que permitan identificar con mayor precisión las formas de maltrato que se ejercen en los entornos de cuidado y atención en salud y comprenderlas como expresiones de violencia institucional y estructural.

## **Conclusiones**

La producción empírica alrededor del tema de vulneración institucional y salud parece encontrarse en función de la determinación cultural de la ciencia. En la literatura académica, se observa un creciente interés en comprender las dimensiones subjetivas de estas vivencias, destacando el abordaje tanto de los factores estructurales como de las narrativas personales.

El análisis de la literatura científica evidencia que el sufrimiento y el padecer en los contextos de atención sanitaria no se originan únicamente en la enfermedad, sino también en las relaciones de poder y en las estructuras institucionales que median el acceso, la calidad y el trato dentro de los servicios de salud. La revisión muestra que las prácticas de vulneración — ya sea en hogares para ancianos, hospitales psiquiátricos, centros de salud o instituciones de orden estatal— responden a formas diversas de violencia, que incluyen discriminación,

negligencia, maltrato, abuso verbal y físico, así como exclusión simbólica y estructural. Estas manifestaciones se entrelazan con factores de género, edad, orientación sexual, etnicidad, clase social y estatus migratorio, configurando escenarios de sufrimiento diferencial que perpetúan las desigualdades sociales en salud.

Asimismo, se observa que la vulneración institucional trasciende las acciones individuales del personal sanitario y se inscribe en lógicas estructurales que reproducen jerarquías, estigmas y omisiones históricas. La violencia obstétrica, la discriminación hacia personas mayores, migrantes, población LGBTQ+ y otros grupos vulnerados ponen en evidencia la necesidad de repensar las instituciones de salud como espacios no solo de atención biomédica, sino también de justicia, reconocimiento y cuidado ético.

En conjunto, los hallazgos invitan a problematizar las nociones tradicionales de institución, cuidado y usuario, y a promover una transformación del sistema de salud desde enfoques interseccionales y de derechos humanos que reconozcan el sufrimiento como una dimensión social y política, inseparable del proceso salud-enfermedad-atención.

## Referencias

1. Amroussia N, Hernandez A, Vives-Cases C, Goicolea I. (2017). *"Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia*. Reproductive Health, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0290-9>
2. Cardona-Arango D, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona AM, Ordoñez-Molina J, Osorio-Gómez JJ. (2010). *Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado*. Medellín, 2008. Revista de Salud Pública. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000300007>
3. Jiménez-Lasserrotte MDM, Granero-Molina J, Lardon Galindo V, Hernández Sola C, Ventura-Miranda MI, Hernández-Padilla JM, El Marbouhe El Faqr K.(2023) *Irregular migrants' experiences of health disparities while living in informal settlements during the COVID-19 pandemic*. Journal Of Advanced Nursing. <https://doi.org/10.1111/jan.15606>
4. Hamilton JE, Heads AM, Cho RY, Lane SD, Soares JC.(2015) *Racial disparities during admission to an academic psychiatric hospital in a large urban area*. Comprehensive Psychiatry. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.010>
5. Krumm S, Kilian R, Becker T. (2006) *Attitudes towards patient gender among psychiatric hospital staff: results of a case study with focus groups*. Social Science & Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.004>
6. Lanham M, Ridgeway K, Dayton R, Castillo BM, Brennan C, Davis DA, Emmanuel D, Morales GJ, Cheririser C, Rodriguez B, Cooke J, Santi K, Evens E. (2019) *"We're Going to Leave You for Last, Because of How You Are": Transgender Women's Experiences of Gender-Based Violence in Healthcare, Education, and Police Encounters in Latin America and the Caribbean*. Violence And Gender. <https://doi.org/10.1089/vio.2018.0015>

7. Solnes Miltenburg A, van Pelt S, Meguid T, Sundby J. (2018) *Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence*. Reproductive Health Matters. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
8. Page C, Conner T, Prokhorov A, Fang Y, Post L. (2009) *The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan survey*. J Elder Abuse Negl. <https://doi.org/10.1080/08946560902997553>
9. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ; ADVANCE study team. (2018) *When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka*. BMC Pregnancy And Childbirth. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
10. Pinedo M, Burgos JL, Ojeda AV, FitzGerald D, Ojeda VD. (2015) *The role of visual markers in police victimization among structurally vulnerable persons in Tijuana, Mexico*. International Journal of Drug Policy. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.019>
11. Redmond N, Aminawung JA, Morse DS, Zaller N, Shavit S, Wang EA. (2020) *Perceived Discrimination Based on Criminal Record in Healthcare Settings and Self-Reported Health Status among Formerly Incarcerated Individuals*. Journal of Urban Health. <https://doi.org/10.1007/s11524-019-00382-0>
12. Sekoni AO, Jolly K, Gale NK. (2022) *Hidden healthcare populations: using intersectionality to theorise the experiences of LGBT+ people in Nigeria, Africa*. Global Public Health. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1849351>
13. Solnes Miltenburg A, van Pelt S, Meguid T, Sundby J. (2018) *Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence*. Reproduction Health Matters. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
14. Stoesslé P, González-Salazar F, Santos-Guzmán J, Sánchez-González N. (2015) *Risk Factors and Current Health-Seeking Patterns of Migrants in Northeastern Mexico: Healthcare Needs for a Socially Vulnerable Population*. Frontiers In Public Health. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00191>
15. Walsh CA, Olson JL, Ploeg J, Lohfeld L, MacMillan HL. (2011) *Elder abuse and oppression: voices of marginalized elders*. Journal Of Elder Abuse & Neglect. <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.534705>
16. Zahn R, Grosso A, Scheibe A, Bekker LG, Ketende S, Dausab F, Ipinge S, Beyrer C, Trapance G, Baral S. (2016). *Human Rights Violations among Men Who Have Sex with Men in Southern Africa: Comparisons between Legal Contexts*. PloS One. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147156>

### **Declaración de contribución de los autores**

Martha Patricia Aceves Pulido: Conceptualización, Metodología, Investigación, Análisis formal, Recursos, Curación de datos, Redacción - Borrador original, Redacción - Revisión y edición, Visualización, Supervisión, Administración del proyecto .

Sofía Elizabeth Peña Marroquín: Redacción - Borrador original, Visualización, Análisis formal.

Abigail Rodríguez Cruz: Visualización, Análisis formal.

Gerardo Ivan Martinez Vizcaino: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Redacción - Revisión y edición.

### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

### **Declaración de disponibilidad de los datos de investigación**

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio se publicó en el propio artículo.

## Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.